



Helena Ribeiro

Relatório de Estágio

AVALIAÇÃO DA SATISFAÇÃO DOS UTENTES EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO PRESTADA NO PÓS - OPERATÓRIO EM CIRURGIA AMBULATÓRIA

Relatório de Estágio de Mestrado em Enfermagem
Perioperatória, realizado sob a orientação científica
da Professora Doutora Cândida Ferrito

dezembro 2014

DECLARAÇÕES]

Declaro que este Relatório de Estágio é o resultado de investigação orientada e independente. O seu conteúdo é original e todas as fontes consultadas estão devidamente mencionadas no texto, nas notas e na bibliografia.

O candidato,

Setúbal, de de

Declaro que este Relatório de Estágio se encontra finalizado e em condições de ser apreciada(o) pelo júri a designar.

O (A) orientador(a),

Setúbal, de de

Pelo sonho é que vamos...

(Sebastião da Gama)

Aos meus pais por todo o apoio e ensinamentos que me deram ao longo de toda a minha vida que fizeram de mim o que sou hoje.

Ao João e ao Luís agradeço a vossa compreensão, amor, carinho e força para percorrer mais este percurso, é muito mais fácil caminhar ao vosso lado.

A ti, Maria da Luz onde quer que estejas... Foste a luz que sempre alumiou quando as forças faltavam nesta longa caminhada...

À Luísa, com quem tenho caminhado há alguns anos e de certeza que caminharemos muitos mais... embora, tenhas partido, continuarás sempre comigo.

Ao meu amigo, meu herói, meu pai, a melhor pessoa do Mundo, que me “obrigou” a entrar neste Mestrado, e que onde quer que esteja, sei que me estará sempre a apoiar

AGRADECIMENTOS

À professora Cândida Ferrito, pela sua disponibilidade, paciência e clarividência demonstradas durante este período e que me mantiveram na rota certa durante este árduo caminho.

Aos meus pais, pelo amor, carinho, porque sempre me ensinaram que os sonhos são para ser realizados, sempre me incentivaram a ter coragem para os realizar e porque sempre estiveram lá para que se realizassem.

Ao Luís pelo amor, carinho, apoio, dedicação e colaboração, e porque sempre me fez ver que as dificuldades são tão grandes como a importância que lhes damos e que a vida é muito mais fácil se a vivermos com alegria e com um sorriso. Obrigada por ter tido paciência para me aturar quando vinha o meu mau feitio.

Ao meu filho João pelo seu amor, apoio e carinho manifestados durante este percurso. A sua presença e o seu sorriso foram sempre um conforto quando os dias pareciam mais cinzentos e sem fim, e por não se ter queixado das ausências da mãe, compreendendo as minhas faltas de paciência.

Aos meus amigos, não vou nomear nomes com medo de me esquecer de algum, por terem aturado o meu mau feitio, por estarem presentes e compreenderem a minha ausência.

A todos os meus colegas do serviço presentes e ausentes, que me acompanharam, durante o caminho que tenho percorrido, em especial ao Artur, que me atura e me ajuda sempre que preciso. Agradeço, à enfermeira Céu pela sua supervisão e ajuda durante o estágio e ao enfermeiro Marco, pela disponibilidade, ajuda, interesse e colaboração que manifestou durante todo este percurso.

Resumo

O presente relatório surge no âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, da Escola Superior de Saúde de Setúbal, do Instituto Politécnico de Setúbal. Apresentaremos o percurso percorrido durante o Estágio realizado de 6 de Abril a 27 de Junho, inserido Unidade Curriculares (UC) de Projeto / Estágio, com a duração de 23 ECTS, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e da Professora Cândida Ferrito, que decorreu numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) de um Hospital da zona Sul do País, que doravante será designado por Hospital X. O Estágio contribuiu para a aquisição e desenvolvimento de competências técnicas, científicas e humanas no âmbito da Enfermagem Perioperatória.

Este relatório trata-se da evidência da análise crítica e reflexiva das atividades desenvolvidas no decorrer do Estágio, fundamentadas em pesquisa bibliográfica e serve ainda como requisito para a aquisição do grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, na sequência de provas públicas.

O método utilizado foi a descrição e a análise reflexiva das atividades desenvolvidas.

O relatório foi projetado de forma a desenvolver as competências inerentes: ao grau de Mestre em enfermagem perioperatória e em contexto clínico de enfermagem perioperatória e, a relatar as atividades desenvolvidas para a sua aquisição e desenvolvimento.

Enquanto profissionais de saúde, estamos sujeitos a uma atualização constante, e sentimos a necessidade de adotar práticas, competências e condutas de forma a salvaguardarmos a manutenção dos cuidados prestados.

Sendo que a nossa área de intervenção e interesse é a Cirurgia Ambulatória, elegemo-la para o local de estágio e para desenvolvermos o nosso projeto de intervenção, no qual sentimos a necessidade de avaliar a satisfação dos utentes em relação à informação prestada pelos enfermeiros no pós

operatório, com o objetivo de promover a qualidade dos cuidados prestados e a continuidade pelo utente e acompanhante dos mesmos no período pós alta.

Concluimos que a aquisição e desenvolvimento de saberes, práticas, habilidades e competências são essenciais para uma tomada de decisão autónoma e assertiva e para uma prática baseada na evidência na área da enfermagem perioperatória, de forma a resolver problemas com que nos deparamos na prática clínica enfermagem.

Como tal, consideramos indispensável a formação especializada em enfermagem perioperatória de forma a contribuirmos para a excelência dos cuidados prestados

Palavras-chave: enfermagem perioperatória, qualidade, cirurgia ambulatoria, informação, metodologia de projeto.

ABSTRAT

This report comes as part of the Master of Perioperative Nursing. In which we present the route traversed during Stage held from April 6 to June 27, inserted in Curricular Unit (CU) for Project / Internship with the duration of 23 ECTS, under the supervision and guidance of a Specialist Nurse in Medical Nursing Surgical and Professor Candida Ferrito, which resulted in an Outpatient Surgery Unit (UCA) of an hospital in the southern zone of the country, which will henceforth be referred to as Hospital X. Who contributed to the acquisition and development of technical, scientific and human under Perioperative Nursing.

This report comes from the evidence of critical and reflective analysis of the activities undertaken during the internship, based on a literature review and also serves as a requirement for obtaining the degree of Master in Perioperative Nursing, following public examinations.

The method used was the description and analysis of reflective activities.

The report was designed in order to develop the skills necessary: the Master's degree in Perioperative Nursing and in clinical context of Perioperative Nursing and reporting the activities undertaken for its acquisition and development.

As health professionals, we are subject to constant updating and feel the need to adapt practices, skills and behaviors in order to safeguarding the maintenance of care.

Since our area of interest is the intervention and Ambulatory Surgery, we chose this area for the local stage to develop our intervention project, in which we feel the need to evaluate the postoperative information provided to users in the context of Ambulatory Surgery, with the goal of promoting the quality and continuity of care provided by the user and companion of the same in the post high.

We conclude that the acquisition and development of knowledge, practical skills and competencies are essential for decision-making autonomy and assertive and evidence-based practice in the field of perioperative nursing, in order to solve problems we face in clinical nursing practice.

This way, we consider it essential to perioperative nursing specialist training in order to contribute excellence of care.

Keywords: perioperative nursing, quality, ambulatory surgery, information, project methodology.

SIGLAS E ABREVIATURAS

AESOP - Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações Portugueses

BOC - Bloco Operatório Central

CAM1 - Cirurgia Ambulatória

CNADCA - Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório

CPA_A - Consulta Pré Anestésica de Ambulatório

CTCA - Comissão Técnica para a Cirurgia de Ambulatório

DGS - Direção Geral de Saúde

ECTS - European Credit Transfer System

ERS - Entidade Reguladora da Saúde

ESS - Escola Superior de Saúde

ESSS - Escola Superior de Saúde Setúbal

IPS - Instituto Politécnico de Setúbal

MEPO - Mestrado em Enfermagem Perioperatória

PADS - Post-anesthesia Discharge Scoring System

RTCA - Recobro Tardio da Cirurgia Ambulatória

SA - Sociedade Anónima

SIGIC - Sistema Integrado de Gestão de Inscritos para Cirurgia

SINAS - Sistema Nacional de Avaliação em Saúde

SNS - Sistema Nacional de Saúde

SUCECS₂₆ - Satisfação dos Utentes em relação aos cuidados de Enfermagem em

Cuidados de Saúde Primários

SUCH₂₁ - Satisfação dos Utentes em relação aos cuidados de Enfermagem em

Contexto Hospitalar

SWOT - Strengths,Weaknesses, Opportunities e Threats

UC - Unidade Curricular

UCA - Unidade de Cirurgia Ambulatória

WHO - World Wealth Organization

SQ - Sistema de Qualidade

SGQ - Sistema de Gestão de Qualidade

Índice

INTRODUÇÃO	16
1. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO	18
1.1. - CIRURGIA AMBULATORIA	18
1.2. – QUALIDADE	25
1.2.1. - Qualidade em Saúde	26
1.2.2. - O Porquê da qualidade na UCA	31
1.2.3. - O enfermeiro e a qualidade na UCA	33
1.2.4. - A satisfação do utente – Indicador de qualidade	37
1.3. - A Teoria das Transições Aplicada à Vivência Perioperatória na UCA	39
1.4. - O Enfermeiro como Agente de Promoção para Adesão ao Regime Terapêutico, por Parte do Utente/Família	41
2. - PROJECTO DE INTERVENÇÃO	46
2.1. – CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO	47
2.2. – DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO	51
2.3. – OBJETIVOS	55
2.4. – PLANEAMENTO DO PROJETO	56
2.5. – METODOLOGIA	58
2.5.1.– Elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados	60
2.5.2. – A população e amostra	62

2.5.3. – Procedimentos Éticos	63
2.5.4. – Limitações do projeto	64
2.6.– Resultados	65
2.6.1. – Apresentação e análise de dados	65
2.6.2. – Síntese dos resultados	81
3. – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS	84
4. – CONCLUSÃO	113
APENDICES	
ARTIGO CIENTIFICO	
INQUÉRITO	
DESCRIÇÕES DE FUNÇÕES - ENFERMEIRO DE ACOLHIMENTO	
DESCRIÇÕES DE FUNÇÕES - ENFERMEIRO DE RECOBRO TARDIO	
PROCEDIMENTO DE INTEGRAÇÃO DE NOVOS ENFERMEIROS	
NA UNIDADE DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO I	

Índice de Gráficos

Gráfico 1 - Distribuição por género	65
Gráfico 2 - Distribuição por estado civil	66
Gráfico 3 - Distribuição por profissão	66
Gráfico 4 - Distribuição por idade	67
Gráfico 5 - Distribuição por grau de escolaridade	67
Gráfico 6 - Distribuição por local de residência	68
Gráfico 7 - Distribuição por intervenção cirúrgica	68
Gráfico 8 - Distribuição por especialidade cirúrgica	69
Gráfico 9 - Distribuição por acompanhante do utente	69
Gráfico 10 - Distribuição por idade do acompanhante	70
Gráfico 11 - Distribuição por grau de escolaridade do acompanhante	70
Gráfico 12 - Distribuição do grau de importância da informação	71
Gráfico 13 - Distribuição sobre a indicação de prescrição de penso	72
Gráfico 14 - Classificação da informação em relação aos cuidados a ter com o penso	72
Gráfico 15 - Distribuição por complicações relativamente ao penso	73
Gráfico nº 16 - Distribuição por fornecimento do protocolo de analgesia	73
Gráfico 17 - Distribuição por protocolo de analgesia	74
Gráfico 18 - Distribuição por avaliação da dor	74
Gráfico 19 - Classificação da informação em relação à forma	

como tomar a medicação analgésica protocolada	75
Gráfico 20 - Classificação do estado	75
Gráfico 21 – Classificação por estado	76
Gráfico 22 - Classificação da informação em relação às náuseas e vômitos	76
Gráfico 23 - Classificação da informação em relação à alimentação	77
Gráfico 24 - Classificação da informação em relação aos cuidados de higiene	77
Gráfico 25 - Classificação da informação em relação à atividade física	78
Gráfico 26 - Classificação de um modo geral da informação dos cuidados pós alta	78
Gráfico 27 - Grau de satisfação em relação à informação prestada	80
Gráfico 28 - Em relação às dúvidas e sugestões	80
Gráfico 29 – Em relação à necessidade de novo contacto	81

Índice de Quadros

Quadro nº1 – Indicadores de Cirurgia de Ambulatório	38
Quadro nº 2 – Análise SWOT	55
Quadro nº 3 - Análise de atividades e estratégias a desenvolver	57

Introdução

O presente relatório representa a longa caminhada que temos percorrido, desde o ano de 2010, quando ingressámos na Pós graduação em Enfermagem Perioperatória, na Escola Superior de Saúde (ESS) do Instituto Politécnico de Setúbal (IPS), e onde, após uma breve paragem entre 2011 e 2012, em Outubro de 2012, integrámos o Mestrado em Enfermagem Perioperatória (MEPO).

Pretendemos assim, sistematizar todo o processo percorrido para o desenvolvimento das competências inerentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória.

O estágio foi realizado de 6 de Abril a 27 de Junho, inserido nas Unidades Curriculares (UC) de Projeto / Estágio, com a duração de 23 ECTS, sob a supervisão e orientação de um Enfermeiro Especialista em Enfermagem Médico-cirúrgica e da Professora Cândida Ferrito e decorreu numa Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA) de um Hospital da zona Sul do País, que doravante será designado por Hospital X.

Os objetivos deste relatório são:

- Avaliar as competências desenvolvidas em Estágio
- Refletir sobre as aprendizagens e os resultados de investigação realizados e, ainda;
- Analisar as competências específicas do Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória, adquiridas/aprofundadas durante o estágio.

O presente relatório de estágio pretende, como já foi descrito, ser um instrumento de avaliação no âmbito da UC Projeto/Estágio do MEPO.

Como tal, foi efetuado um projeto de intervenção, seguindo a metodologia de projeto: primeiramente realizámos o diagnóstico da situação, determinámos objetivos, planeámos as intervenções e implementámos as intervenções. A escolha do projeto de intervenção recaiu sobre um problema de enfermagem percecionado pela equipa de Enfermagem da UCA do Hospital X, o qual foi discutido e validado em várias reuniões informais – a inexistência de uma

avaliação da satisfação dos utentes em relação à informação prestada pelos enfermeiros acerca dos cuidados pós operatórios. Existiu ainda, a necessidade de se avaliar se a informação escrita que constava nos guias de ensino era a adequada, pois a revisão destes ocorreu no decorrer do Estágio. A descrição de todo este processo poderá ser encontrada no segundo capítulo do relatório. O Enquadramento Teórico, realizado na primeira parte, incidiu sobre temas como cirurgia ambulatoria, qualidade, teoria das transições e adesão ao regime terapêutico.

O terceiro capítulo, será o resultado da análise reflexiva das competências esperadas para o Enfermeiro Mestre em Enfermagem Perioperatória em articulação com as competências adquiridas em contexto clínico de enfermagem perioperatória.

Por último, a conclusão será a síntese quer do Projeto de Intervenção, reflectindo sobre o percurso efectuado e traçando perspectivas futuras, quer das competências adquiridas durante o Estágio, quer das competências de Mestre em Enfermagem Perioperatória. Nela, se pretenderá uma breve reflexão final sobre o percurso realizado, sendo efectuada uma sumária reflexão sobre o contributo do mesmo no aperfeiçoamento profissional.

A pesquisa bibliográfica, da qual resultou suporte o teórico e científico deste relatório, foi realizada desde Dezembro de 2012 a Fevereiro de 2014. Tendo sido utilizada a norma Portuguesa de referência bibliográfica no presente relatório.

1. - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1 - CIRURGIA AMBULATÓRIA

A cirurgia ambulatória é definida como *“uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, regional ou local, que embora habitualmente efetuada em regime de internamento, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas”* (Portugal, Ministério da Saúde, 2007).

Na última década, temos assistido a uma grande desenvolvimento da Cirurgia ambulatória, quer em Portugal quer a nível internacional. Existem alusões à prática da CA desde o princípio do século XX, realizada por James Nicoll (1864-1921) no Sick Children's Hospital and Dispensary em Glasgow, Escócia, mas só a partir da década de 70 é que a CA começou a ter expressão com a abertura de Unidades de Cirurgia Ambulatória (UCA's) em número crescente, em especial nos Estados Unidos da América, Canadá, Reino Unido e Austrália. (CNADCA, 2008).

A prática da cirurgia ambulatória, em Portugal, remonta apenas ao início da década de 90, quando apenas alguns hospitais procuraram desenvolver programas neste regime. (CNADCA, 2008).

Como até 2007, os valores da atividade eram muito reduzidos quando comparados com outros países europeus e da América do Norte, foi criada a Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA), em 19 de Outubro de 2007 (Despacho nº25832/2007) com o objetivo de analisar e apresentar estratégias e ações de forma a impulsionar o crescimento da CA no Sistema Nacional de Saúde.

A missão da CNADCA consistia, entre outras medidas (CNADCA, 2008,p.10):

- *“Identificação dos constrangimentos, físicos, de recursos humanos e de formação, que condicionariam o crescimento da CA;*

- *Explicitação dos requisitos que as Unidades de CA deveriam respeitar em termos de instalações/arquitectura, equipamentos, condições de acesso e de organização clínica e administrativa;*
- *Propostas de metodologias de formação profissional em CA;*
- *Propostas de adequação dos sistemas de informação existentes, face às necessidades das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA);*
- *Análise dos modelos de financiamento e contratualização para a CA existentes no SNS, propondo soluções e medidas de incentivo à CA;*
- *Seleção de indicadores que permitam a avaliação contínua da qualidade na CA; e o acompanhamento e monitorização de projectos de UCA, avaliando periodicamente a sua eficácia, eficiência e qualidade”.*

Desta análise, identificaram-se vários constrangimentos logísticos, políticos e de recursos humanos. Pelo que houve necessidade de se construir ou adaptar as UCA's de forma “ (...) a pensar nos fluxos de utentes, dos profissionais e dos materiais necessários para os diferentes processos será uma unidade que proporcionará, no futuro, os meios que permitem minimizar os tempos de espera, reduzindo quebras nos fluxos de trabalho, maximizar o aproveitamento dos tempos operatórios e permitir a concretização do tempo de trabalho dos profissionais nas tarefas que criam valor, evitando as tarefas desnecessárias, consumidoras de recursos e não geradoras de valor.” (CNADCA, 2008, p.104-105). Para tal, é necessária a existência de áreas específicas, adequadas à missão a que se destinam:

- Sala de acolhimento – onde o utente irá registar-se e esperar, com o seu acompanhante, até ser chamado para a intervenção, proporcionando um ambiente acolhedor e redutor da ansiedade;

- Sala de preparação/vestiários – local em que o utente muda a roupa da rua pela roupa do Bloco Operatório, e a situação inversa, e onde pode guardar os seus bens. Deve possuir instalações sanitárias;

- Zona de transferência dos utentes – é a zona da passagem do utente para a zona limpa da UCA, possibilitando o acesso à sala operatória;

- Sala de Operações – planeada de acordo com as intervenções a realizar. A equipa presente em cada sala deverá ser constituída por: três enfermeiros (instrumentista, circulante e anestesia), dois cirurgiões e um anestesista.

- Salas de pequena cirurgia – poderão existir salas de cirurgia de dimensões mais reduzidas

- Sala de Recobro I – consiste no recobro anestésico, localizado junto à sala operatória e ter equipamento essencial à monitorização do doente. Dotação de um enfermeiro para quatro camas de recobro I.

- Sala de Recobro II – Exige um período de permanência mais elevado no leito. Dotação de um enfermeiro para seis camas de recobro I.

- Sala de Recobro III – Equipada com cadeirões, representa a fase de recobro tardio. Nesta sala, os utentes, devem ter o acompanhamento dos familiares e serem avaliados os critérios de pré-alta: movimentação/deambulação; ingestão de líquidos e alimentos sólidos; capacidade miccional. Deve ser uma sala com um ambiente relaxante. Dotação de um enfermeiro para seis camas de recobro I.

- Área de Alta/Saída – O médico ou enfermeiro efectua a reunião de alta com o utente e acompanhante num espaço de privacidade e possibilitam o esclarecimento de todas as dúvidas.

Segundo as indicações, para o desenvolvimento da Cirurgia Ambulatória como objectivo estratégico do Hospital, existem vários tipos de organização de Unidades de Cirurgia Ambulatória (HOSPITAIS, SA, 2005):

- Unidades Integradas, que utilizam instalações pré existentes: Blocos, salas de consulta, salas de recobro, pessoal, secretariado), que tem como vantagens: funcionamento imediato, mínimo risco financeiro e têm como inconvenientes: conflitos de prioridade, maiores riscos de infecção e inadequação de espaços.

- Unidades Autónomas, que têm cirurgia com internamento e cirurgia ambulatoria com circuitos independentes. Como vantagens têm: espaços exclusivos, autonomia funcional e maior eficácia operatória; e como inconvenientes: maior investimento inicial, construir e/ou readaptar novas áreas, duplicidade de áreas cirúrgicas, pessoal e material e reconverter se falhar.

- Unidades Satélite, que são fisicamente separadas do hospital, mas dependem administrativamente deste, têm como vantagens: as mesmas das unidades autónomas mais espaços, acessibilidade e ambiente não hospitalar; e como inconvenientes: os mesmos das unidades autónomas e maiores custos.

- Centros de Cirurgia Ambulatória

Unidades “Free Standing”, que não dependem administrativamente do Hospital. São semelhantes às Unidades separadas e satélites, têm como vantagens: maior competitividade (os custos por procedimento podem ser maiores) e autonomia; como desvantagens: maior investimento e necessitam de um hospital de apoio.

A CNADCA (2008, pg.11) considera que o modelo mais vantajoso é aquele que funciona com unidade própria e recursos próprios, *“encarar a autonomia da Unidade de Cirurgia Ambulatória como factor imprescindível para o sucesso, com pessoal de enfermagem, administrativo e auxiliar próprios e pessoal médico dedicado...separar de forma transparente, as estruturas da cirurgia ambulatória da cirurgia convencional, considerando que tal é crítico para o processo”*.

A Cirurgia Ambulatória tem como premissas a segurança e a qualidade. O seu êxito baseia-se no controlo de dois pontos fundamentais: por um lado, uma organização esmerada da unidade, assim como, uma equipa multidisciplinar experiente, qualificada e motivada, por outro lado, um controlo rigoroso e criterioso dos seguintes passos – seleção do utente, seleção do procedimento cirúrgico e anestésico, uma abordagem em educação para a saúde adequada ao utente e à pessoa cuidadora dos cuidados pós-operatórios, dos procedimentos perante eventuais complicações, programação da alta e seguimento pós-operatório (DGS, 2000).

A cirurgia ambulatória, tem como objetivo a maior satisfação dos utentes e a melhor resposta em termos de saúde comunitária. Isto é conseguido, diminuindo o tempo de internamento e o risco de infeções adquiridas em cuidados de saúde, reduzindo as listas de espera e as despesas hospitalares, contribuindo para o aumento da disponibilização de camas para utentes com patologias que exigem o seu internamento (CNADCA, 2008).

Deste modo, várias são as vantagens para o utente, destacando-se como as mais relevantes a desdramatização do ato operatório, o menor afastamento da vida familiar, a personalização da admissão e a mais rápida reinserção familiar e profissional. As vantagens também se refletem na instituição, contribuindo para uma melhor gestão dos tempos operatórios, uma vez que possibilita o aumento da atividade cirúrgica, incentiva a criação de novas técnicas e favorece as relações entre os profissionais. Salientamos, ainda a diminuição dos custos com os recursos humanos, dado que existe uma redução destes, em especial com os profissionais de enfermagem, especialmente nos turnos da noite e fim de semana, dado que este tipo de cirurgia acontece de segunda a sexta-feira das 8h às 20h.

No entanto, existem riscos e desvantagens, dos quais se destacam: a sobrecarga para o acompanhante e a possibilidade de uma hospitalização, devido a complicações pós operatórias. Em relação às desvantagens para a instituição, esta terá de propiciar uma formação adequada à equipa de saúde, aumentando assim os custos em formação. É necessário, também, que toda a equipa multidisciplinar esteja mais disponível.

A seleção dos utentes para Cirurgia Ambulatória deve atender a critérios. Anteriormente, nesta seleção apenas estavam abrangidas pessoas saudáveis, jovens e sem qualquer patologia associada. Nos dias de hoje, devido aos sucessivos progressos, os procedimentos tornaram-se mais complexos e os utentes podem apresentar idades mais cada vez mais avançadas e patologias associadas. Este processo de seleção, passa por algumas fases indispensáveis que estabelecem a inclusão ou exclusão do utente no programa. De acordo com as Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório (2005), para este processo decorra sem falhas, é necessário que haja:

- Desejo do utente;
- Decisão do cirurgião;
- Aceitação da anestesia;
- Ensino pré operatório;

A seleção dos utentes deve obedecer aos critérios seguintes:

Cirúrgicos:

- Intervenção de duração moderada (em média inferior a 120 min.);
- Associada com mínima perda sanguínea (<500 ml) ou troca de fluidos;
- Sem necessitar de cuidados pós-operatórios especializados;
- Com pequena possibilidade de ocorrerem complicações pós - operatórias;
- Com eficaz controle da dor pós-operatória no domicílio (pela via oral).

Médicos:

- Utente saudável, ou:
- Com doença pré-existente estável ou bem controlada;
- Com sintomatologia relativamente estável;

Sociais:

- Idade compreendida entre os 6 meses (ou superior a 5 kg peso) e os 70 anos; acompanhado por adulto responsável, nas primeiras 24 horas. Segundo a Portaria nº163/2013 de 24 de abril o acompanhante é *“a pessoa indicada pelo utente ou quem legalmente o represente nas situações em que o utente não possa expressar a sua vontade e que acompanha o utente nas situações em que legalmente o direito de acompanhamento possa ser exercido”*
- Utente que compreende as instruções (ou adulto responsável no caso de se tratar de uma criança ou de um deficiente);
- Com fácil acesso a um telefone;
- Com fácil acesso a um médico de clínica geral ou a um Centro de Saúde;
- Capaz de voltar ao hospital dentro de um razoável período de tempo (60 min);

- Não devendo tomar conta de crianças ou tarefas de algum risco.

Depois, de todo o processo pré operatório estar concluído e o utente estar apto para ser intervencionado é agendada a cirurgia.

No dia da intervenção cirúrgica deve comparecer, na UCA. É realizado o acolhimento e todos os procedimentos necessários à realização da cirurgia. Após a cirurgia, o utente passará pelos recobros, até estarem reunidos os critérios de alta para o domicílio:

- Os sinais vitais devem estar estáveis pelo, menos, cerca de 1 hora antes da alta;
- Não evidência de depressão respiratória;
- Bem orientado no tempo e no espaço;
- Apto a ingerir líquidos;
- Apto a urinar;
- Apto a vestir-se;
- Apto a andar sem ajuda;
- Não poderá ter menos do que ligeira náusea ou dor de cabeça;
- Hemorragia mínima;

Quando os critérios de alta para o domicílio estiverem reunidos, a alta hospitalar é da responsabilidade do anestesista e do cirurgião, devendo ser assinada e datada pelos dois. (Recomendações para Programas de Cirurgia do AMBULATÓRIO, 2005).

O enfermeiro durante o recobro, deve validar com o utente e acompanhante se estão reunidas as condições para a alta, deve informá-los sobre os cuidados a ter no período pós-operatório, com ênfase para: as reacções normais e as complicações que podem surgir e que atitudes tomar; a importância do repouso e da alimentação adequada; cuidados especiais e limitações impostas pela cirurgia/anestesia e retorno às actividades normais do dia-a-dia (AESOP, 2006).

Para além das informações orais, deverão ser entregue ao utente informações escritas sobre os cuidados e complicações no pós-operatório no domicílio; a descrição sumária do ato anestésico/cirúrgico, medicação para o pós-operatório bem como o número do telefone do hospital caso haja alguma complicação. Só podendo sair, devidamente acompanhado por uma pessoa significativa e igualmente informada, para que possa ser assegurada a vigilância pós-operatória do utente, no domicílio. (Recomendações para Programas de Cirurgia do AMBULATÓRIO, 2005).

Nas 24h após a alta, deverá ser realizado, pelo enfermeiro, um contato telefónico para avaliar complicações que possam ocorrer, reforçar a informação se necessário, esclarecer dúvidas e promover a continuidade dos cuidados.

Em CA, devido à alta precoce, utente e acompanhante são responsabilizados pelos cuidados e, é nesse sentido que o papel do enfermeiro deve ser dirigido para a preparação dos dois, de forma a garantir o sucesso no pós-operatório para que o restabelecimento e reinserção na vida ativa ocorram o mais precocemente possível.

1.2. – QUALIDADE

Apesar do crescente interesse nos últimos anos, o conceito de qualidade representa ainda um desafio para a maioria das organizações. Atualmente assiste-se a um período de grandes mudanças, a informação e o conhecimento estão disseminados por toda a parte, o mercado está cada vez mais competitivo, e as organizações precisam de responder com eficácia à nova realidade.

A qualidade deixou assim de ser opção e passou a ser uma obrigação e uma necessidade para todas as organizações e serviços. Nesta perspectiva, é necessário garantir a qualidade de forma planeada e de acordo com o actual ambiente de mercado.

Quando se fala em qualidade é preciso ter presentes três conceitos: a missão, os serviços e a satisfação do utente. Na realidade, não é possível satisfazer o utente se os serviços não forem adequados às suas necessidades e

se o atendimento deste não estiver previsto na própria definição da missão da instituição (Mezomo, 2001). De acordo com o autor, define-se qualidade como adequação dos serviços à missão da organização comprometida com pleno atendimento das necessidades do utente.

De salientar que a qualidade se aplica não só aos produtos ou serviços fornecidos, mas também às pessoas e aos processos que os fornecem e ainda ao meio ambiente onde estes são produzidos e transaccionados. A qualidade só é obtida se todos os elementos no seu conjunto tiverem qualidade.

1.2.1. - Qualidade em Saúde

Na Saúde, a Qualidade é vista como um atributo essencial, devendo ser uma exigência de todos os envolvidos nos cuidados de saúde. Por isso, é necessário pôr em prática actividades que visem motivar a responsabilidade e a prática da melhoria contínua, garantindo a satisfação do utente.

A preocupação com a qualidade em saúde surge na década de sessenta no século XX pelo significativo avanço da ciência, da tecnologia e pelo próprio contexto social, tendo sido Donabedian (1969) o grande fundador da área qualidade em saúde.

Presentemente, a qualidade em saúde utiliza conceitos originalmente desenvolvidos no sector industrial nos últimos cinquenta anos relativos à gestão da qualidade total, adoptando uma filosofia empresarial com o objectivo de melhoramento do desempenho do mercado (SCALE, 1998).

Na área da saúde várias são as razões que contribuíram para o desenvolvimento de estratégias de garantia da qualidade, entre elas: a insegurança dos sistemas de saúde; a ineficiência e os custos excessivos de algumas tecnologias e procedimentos clínicos; a insatisfação dos utentes; o acesso desigual aos serviços de saúde; as longas listas de espera e o desperdício inaceitável advindo da escassa eficácia (SERAPIONI, 2009).

Por sua vez, para Barros (1998) citando o Sistema Português da Qualidade na Saúde (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998)

“qualidade na saúde é satisfazer e diminuir as necessidades e não responder à procura, oferecendo mais; é ser proactivo para prevenir e dar resposta e não para a procura de novas oportunidades de mercado; é reunir integralmente como atributo a efectividade, eficiência, aceitabilidade e a equidade e não a exigência única da aceitabilidade” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, Sistema Português da Qualidade na Saúde, 1998).

Nenhuma organização, incluindo os serviços de saúde, pode aspirar a obter a plena satisfação do utente, a ser competitiva e a ter o reconhecimento dos seus pares e da comunidade que serve, se ainda não atingiu os requisitos mínimos para poder sequer falar de garantia/gestão da qualidade. Para tal é necessário que os procedimentos organizacionais sejam convenientemente estabelecidos, documentados, compreendidos e mantidos em toda a organização.

A procura da qualidade nos serviços de saúde deixou de ser uma atitude isolada e tornou-se hoje um imperativo técnico e social. A sociedade está cada vez mais exigente, no que se refere à qualidade dos serviços a ela prestados, principalmente em instituições públicas. Esta exigência torna fundamental a criação de normas e mecanismos de avaliação e controlo da qualidade assistencial. Uma vez que a garantia da qualidade exige um maior nível de profissionalismo e, consequentemente, um melhor desenvolvimento técnico, a meta final de um programa de controlo da qualidade deve ser a procura da satisfação do utente, por intermédio de uma actuação competente, apropriada e oportuna, sem duplicação ou super utilização dos serviços, com um mínimo de complicações ou sequelas (NOVAES, 1992).

Nesta perspetiva, o principal objetivo de qualquer prestador de cuidados de saúde passa por fornecer o acesso a cuidados com qualidade, em tempo útil e a custos adequados, assegurando desta forma a satisfação dos utentes.

Atualmente, existe uma forte consciencialização sobre a qualidade, tal como nos refere Pisco & Biscaia (2001), os cidadãos e a comunidade em geral

esperam encontrar cuidados de saúde de qualidade: acessíveis, adequados e efetivos, com custos socialmente suportáveis e de baixo risco.

No entanto, a qualidade é sempre percebida de forma diferente, quer segundo o ponto de vista do utente, do profissional e/ou da equipa dirigente da instituição. Para o utente a qualidade define-se pela aceitação em relação aos meios organizativos (ambiente físico, tempo de espera, etc.), pelo tipo de tratamento recebido por parte dos técnicos de saúde, pelo efeito dos cuidados recebidos sobre o seu estado de saúde e se estes estão igualmente acessíveis a todos, independentemente da idade, sexo, etnia ou estatuto socioeconómico. Para os profissionais, esta traduz-se pela efectividade no desempenho. Por fim, para as equipas dirigentes das instituições, a qualidade traduz-se em eficiência, eficácia, acessibilidade, controlo de custos e ausência de reclamações.

Carvalho (1994), refere que apesar de a qualidade envolver custos é imprescindível considerar os benefícios destes custos. Recorrendo à relação custo/efectividade, verifica-se que com a implementação de um sistema de qualidade, passa a existir uma redução de desperdícios, da ineficiência e dos próprios custos da qualidade. Antunes (2000), salienta que na saúde os recursos financeiros são limitados, é necessário utilizar os meios humanos e materiais, da forma mais eficiente possível, de modo a disponibilizar ao cidadão, a máxima qualidade na prestação de cuidados de saúde.

Um Sistema de Qualidade (SQ) deriva da estrutura da organização, responsabilidade, atividade, recursos e acontecimentos que em conjunto proporcionam procedimentos e métodos organizados de implementação, de forma a garantir a capacidade da organização em satisfazer os requisitos de qualidade, dos utentes e outros.

Não se pode falar em SQ sem abordar as várias etapas necessárias à sua implementação, das quais se destacam:

- Diagnosticar e avaliar as necessidades em implementar um Sistema de Gestão da Qualidade (SGQ), quais os pontos fortes e quais as oportunidades de melhoria;

- Mobilizar e garantir o empenho da direcção;
- Planear a implementação, quais as etapas a seguir, os recursos necessários, entre outros;
- Implementar, construir documentação e introduzir medidas correctivas quando necessárias.

Uma das grandes vantagens da implementação de um SGQ nas empresas consiste na diminuição dos custos da não qualidade, uma vez que no sector da saúde a não qualidade poderá proporcionar dissabores e custos avultadíssimos, não só para a instituição, mas principalmente para o utente dos cuidados e/ou serviços de saúde (PINTO, 2001).

Muitos utentes, tanto do sector privado como do sector público, pretendem sentir-se confortáveis, satisfeitos e confiantes com os produtos e serviços que procuram. Esta confiança só pode ser obtida através da implementação de um SQ suportado, eficiente e eficaz.

A implementação de um SQ detém, assim, como principais vantagens: a sistematização interna; a disciplina processual; a confiança para os utentes; o desempenho otimizado da gestão; a confiança para os colaboradores; a clareza e transparência na tomada de decisões; a relação benéfica com clientes e fornecedores; o baixo custo da qualidade; a imagem e a credibilidade externa.

De acordo com Pereira (2003), o principal objectivo do Serviço Nacional de Saúde (SNS) passa por assegurar mais qualidade do que aquela que existe hoje, colocando o cidadão no centro do sistema de saúde e procurando satisfazer as suas necessidades.

Para averiguar se um serviço de saúde produz qualidade é necessário proceder à sua avaliação. A avaliação da qualidade dos cuidados de saúde é hoje uma preocupação crescente nas instituições de saúde, pois os cidadãos são cada vez mais exigentes e têm expectativas mais elevadas relativamente à efectividade da prestação de cuidados de saúde.

Para a avaliação dos cuidados de saúde, Donabedian (1980) e posteriormente Mezomo (2001) propõem que esta seja considerada segundo três dimensões: estrutura, processo e resultados. Sendo que a **estrutura** está

relacionada com as características do local onde os cuidados são prestados, isto é, os recursos materiais e humanos disponíveis, o ambiente físico, a estrutura organizacional da equipa de profissionais e os métodos de pagamento e reembolso. A existência de boas condições estruturais, só por si, não garantem um nível elevado de qualidade de cuidados ou serviços, muito embora se possa considerar como condição necessária, pois uma boa estrutura, ou seja, recursos suficientes e um sistema adequado, constituem provavelmente o meio mais importante de proteger e promover a qualidade dos cuidados de saúde (DONABEDIAN, 1980; MEZOMO, 2001).

O **processo** corresponde ao conjunto de actividades desenvolvidas na relação entre os profissionais e os utentes e aos métodos como estas actividades são desenvolvidas pelos profissionais de saúde na prestação de cuidados, englobando os cuidados directos, os não directos e ainda os padrões de comportamento dos profissionais. Além disso está directamente relacionado com os resultados (contribuindo para elevar ou não o nível dos cuidados), com as componentes da qualidade, com os aspectos técnicos da prestação, com as relações interpessoais e ainda com a estrutura (DONABEDIAN, 1980; MEZOMO, 2001).

O **resultado** corresponde aos efeitos que as acções e os procedimentos provocam no estado de saúde do utente ou da população e que possam ser atribuídos a um cuidado prévio. Pode também atribuir-se às mudanças relacionadas com o conhecimento e o comportamento, bem como à satisfação do utente decorrente dos cuidados prestados. Os resultados permitem determinar a efectividade, a eficiência e a satisfação do utente relativamente aos cuidados de saúde que lhe foram prestados (DONABEDIAN, 1980; MEZOMO, 2001).

A QS não se relaciona, exclusivamente, com um ou outro dos aspectos mencionados, mas consiste no resultado de uma profícua integração e conexão entre eles. A estrutura, o processo e os resultados não constituem elementos autónomos e dissociados.

Os serviços de saúde podem e devem melhorar a sua estrutura, os seus processos e os resultados. Compete aos gestores de saúde repensar o que existe, o que está feito, como é feito e qual nível de adequação dos resultados obtidos face aos resultados desejados.

Em suma, mais importante que saber que tipo de modelo de avaliação seguir (acreditação; certificação; baseada em indicadores), é preciso a instituição querer a mudança, até porque *“a qualidade será tanto mais fácil de dinamizar desde que tenhamos uma organização escoreta, com mecanismos claros, com práticas de gestão eficientes, com clarificação de responsabilidades, com responsabilização”* (AFONSO, 2003).

1.2.2. – O porquê da Qualidade na UCA

Hoje, perante uma sociedade mais exigente a garantia da qualidade deve ser parte integrante da UCA e uma opção estratégica inquestionável.

De acordo com o Decreto-Lei n.º 309/2003, de 10 de Dezembro, foi criada a Entidade Reguladora da Saúde (ERS) e as competências desta entidade são: a normalização e a supervisão da actuação e exercício dos estabelecimentos, instituições e serviços prestadores de cuidados de saúde. A ERS é responsável ainda por garantir *“o direito de acesso universal e equitativo de todos ao serviço público de saúde, zelar pelo respeito da liberdade de escolha nas unidades de saúde privadas, garantir adequados padrões de qualidade dos serviços de saúde e assegurar os direitos e interesses legítimos dos utentes.*

Constitui ainda atribuição da ERS a avaliação contínua dos cuidados de saúde prestados, de forma global, independente e centrada no interesse dos utentes, bem como o acompanhamento do cumprimento das obrigações inerentes à acreditação dos estabelecimentos e serviços.” (ERS, 2008, p.5)

A ERS, propôs-se a elaborar um estudo sobre *“os níveis de qualidade da cirurgia de ambatório, atendendo à sua grande relevância na medicina mais evoluída”*.(ERS, 2008, p.5)

Dado que a CA *“constitui um instrumento eficaz e eficiente, não apenas para redução das listas de espera cirúrgicas, como também na melhoria da qualidade dos serviços e na redução dos custos com a saúde, existem já indicações para que, a médio prazo, cerca de metade das cirurgias realizadas no âmbito do Serviço Nacional de Saúde (SNS) o sejam em regime de ambatório.”* (ERS, 2008, p.5).

A ERS criou uma Comissão Técnica para a Cirurgia de Ambatório (CTCA), que efetuou *“um levantamento de informação sobre a rede de prestadores públicos, privados e sociais com oferta de cuidados cirúrgicos em*

regime de ambulatório.” O resultado deste levantamento foi publicado no Relatório *"Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente"* (ERS, 2008, p.5), elaborado pela Comissão Nacional para o Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (CNADCA).

A CTCA deliberou uma sucessão de factores e parâmetros de qualidade para o funcionamento das Unidades de Cirurgia de Ambulatório (UCA), fundamentados no *“conhecimento da literatura e da realidade nacional e internacional, tendo contado com a colaboração de personalidades pioneiras do âmbito da cirurgia de ambulatória e com largos anos de actividade nesta área.”* (ERS, 2008, p.5).

Estas personalidades colaboraram na elaboração de um inquérito, que serviu para *“aferição do grau de realização actual de cirurgia ambulatória no País e respectivos critérios de qualidade, e para identificar as instalações/estruturas disponíveis para este tipo de programa”* (ERS, 2008, p.5), o qual foi enviado a várias instituições.

Os parâmetros de qualidade foram divididos por sectores, de modo a analisar de forma mais fácil os resultados de cada UCA.

Foram considerados os seguintes sectores:

- Instalações e equipamento
- Gestão clínica
- Gestão e direcção
- Comunicação
- Ambiente e segurança
- Melhoria da qualidade

Dentro destes parâmetros incluem-se os critérios: obrigatórios, recomendáveis e de excelência. Os critérios obrigatórios, são aqueles sem os quais não será razoável o funcionamento de uma UCA com condições mínimas de qualidade. Os critérios recomendáveis, apesar de não serem considerados obrigatórios, dada a necessidade de adaptação das condições, contribuem para um melhor funcionamento da UCA. Por último, os critérios de excelência, a

existirem e aliados à conjugação dos anteriores, transformam a UCA numa actividade de excelência em termos de qualidade (ERS, 2008).

De referir que uma política de qualidade passa pela implementação de uma melhoria contínua que conduz à qualidade total, ou seja, converte a ideia de melhoria contínua num hábito.

Esta prática diária tem como benefícios externos, a melhoria da imagem do serviço, o aumento da quota de mercado, o aumento da satisfação dos utentes e a melhoria da comunicação com os utentes. E como benefícios internos, o aumento da produtividade, a maior consciencialização para o conceito de qualidade, a clarificação de responsabilidades e obrigações, a diminuição do número de reclamações, a melhoria da comunicação interna e motivação dos colaboradores (CNADCA, 2008).

A qualidade prevê a implementação de medidas que se orientam e concentram em resultados, no utente, numa liderança e persistência nas intenções. Sendo a principal missão de uma instituição hospitalar a prestação de cuidados de saúde, legitimamente a sua preocupação será a de incrementar processos qualificados que conduzam à melhoria contínua desses cuidados na busca da excelência. Para que os cuidados de saúde alcancem os níveis de qualidade tão desejados, são necessários os recursos adequados, e processos de suporte eficazes, eficientes e bem articulados.

1.2.3. – O Enfermeiro e a qualidade na UCA

“Enfermeiro é o profissional habilitado com um curso de enfermagem legalmente reconhecido, a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, família, grupos, comunidade, aos níveis da prevenção primária, secundária e terciária.” (Decreto-lei nº161/96, de 4 de Setembro).

A evidência empírica deve ser a base dos cuidados de enfermagem, assumindo assim um pedestal estrutural necessário para a melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos enfermeiros (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2001). Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2001), *“os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada pessoa vive e persegue”*, assim, os enfermeiros procuram, *“ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das actividades da vida”*.

A Ordem dos Enfermeiros ao definir os padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem teve como objetivo a melhoria dos cuidados de enfermagem prestados à população. Os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (2001) definidos pela Ordem dos Enfermeiros, destacam a importância do desempenho do enfermeiro como agente de educação para a saúde, ao procurarem alcançar um potencial máximo de saúde, através:

- Da satisfação do utente;
- Da promoção da saúde;
- Da prevenção de complicações;
- Do bem estar e autocuidado;
- Da readaptação funcional.

Pelo que a educação para a saúde está sempre inerente às funções do enfermeiro. Mas, para o fazer, não é suficiente transmitir informação, por mais que esta seja científica e técnica. A informação transmitida deve ser de fácil compreensão para a população. É necessária uma verdadeira interpretação da cultura dos indivíduos, considerando os seus conhecimentos prévios, valores e comportamentos (CARVALHO e CARVALHO, 2006), numa sucessão de intervenções que vão desde:

- Identificar o que o utente pretende saber;
- Determinar o que o utente pretende aprender;
- Entender a motivação e aptidão para aprender

- Colher os dados do utente, família e comunidade, tendo em atenção os fatores de aprendizagem;
- Avaliar os dados de forma a identificar as necessidades de aprendizagem;
- Incentivar e promover a participação do utente no processo de aprendizagem;
- Ajudar no estabelecimento de prioridades de aprendizagem do utente. (PACHECO e CUNHA, 2006).

Segundo LASH (1990) são necessárias algumas competências para desenvolver uma educação para a saúde adequada, destacando-se:

- Escutar ativamente os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde;
- Criar uma relação de ajuda;
- Criar interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes;
- Participar com os indivíduos no processo de tomada de decisões;
- Ajudar a clarificar as escolhas à disposição dos utentes;
- Desenvolver as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- Conferir autoridade quer a si próprios, quer aos utentes;
- Conseguir que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem.

Posteriormente, AMADO et al (1999) acrescentam que, com base na sua formação e para otimizar a sua função enquanto agente educador, o enfermeiro deve ser imparcial, deve saber escutar, saber dar suporte, saber guiar, respeitar crenças, valores e atitudes dos utentes, assim como respeitar a autonomia de cada pessoa.

O enfermeiro deve ser capaz de saber interpretar, isto é, compreender as necessidades de saúde da população. Informar por si só não é suficiente, tem que existir comunicação entre o enfermeiro e o utente/família. É indispensável que as

informações relevantes para a saúde, fornecidas ao utente e família, sejam ser dadas de uma forma sistematizada. A informação sistematizada deve ser contextualizada, ou seja, o mais importante é tornar as coisas compreensíveis e claras, explicar, orientar e dirigir o utente/família através do diálogo para as melhores decisões relacionadas com a saúde, de forma a capacitar os indivíduos a tomar as suas próprias decisões e assim, obter os melhores resultados em termos de saúde.

O enfermeiro deve colaborar, isto é, trabalhar em conjunto com o utente/família, pois só assim consegue estimular, ou incitar os indivíduos a adoptar comportamentos saudáveis. (CONSELHO INTERNACIONAL DE ENFERMEIRAS, 2005).

Durante todo processo, que o utente e seu acompanhante percorrem, na CA, os níveis de stress serão menores *“...desde que devidamente informados acerca do processo e do acompanhamento na recuperação em ambiente familiar”* (Diário da República, 1.a série — n.º 202 — 17 de Outubro de 2008), assim o enfermeiro, tem um papel decisivo durante todo o período perioperatório, pois uma das suas competências é transmitir a informação ao utente e acompanhante.

Leal (2006), refere que na CA *“...as competências desejáveis para os enfermeiros são as mesmas que para a cirurgia tradicional e as necessidades dos doentes ainda maiores”*. As necessidades dos utentes aumentam principalmente devido à prematuridade da alta, o que exige uma intervenção rigorosa e especializada dos enfermeiros, visando igualmente um seguimento dos cuidados por parte do acompanhante e/ou cuidados informal, bem como de outros profissionais de saúde. O envolvimento do acompanhante, neste processo, é fundamental. A atuação do enfermeiro, centra-se essencialmente na vertente relacional e da comunicação, que vá ao encontro das necessidades do utente/família. É necessário existir uma escuta activa, que segundo Lazure (1994) *“...é uma capacidade, um instrumento essencial, que a enfermeira deve desenvolver, pois é o único acesso à compreensão dos clientes”* (LAZURE, 1994). Segundo o mesmo autor, escutar é um acto voluntário que põe em relação a globalidade da pessoa-enfermeira e a globalidade da pessoa-utente.

No momento da alta, o utente e acompanhante devem ser informados que *“a convalescença e a recuperação não estão completas na alta”* (WATSON, et al 1997), pelo que é de extrema importância que todas as informações transmitidas pelo enfermeiro, tenham sido compreendidas de forma a que não existam dúvidas que possam por em risco o sucesso da cirurgia.

Esta curta estadia do utente no hospital, impõe ao enfermeiro que, durante o período pré-operatório (que inclui: a consulta pré-anestésica, o acolhimento e a preparação do utente no dia da cirurgia), intra-operatório (informação ao acompanhante) e pós-operatório (preparação para a alta), promova uma relação de confiança e segurança com o utente e acompanhante e que estimule o envolvimento de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta, visando o sucesso de todo este processo.

Como nos refere Costa & Condença (2005) *“...um programa de CA necessita de uma estrutura orgânica bem definida e adaptada à realidade da instituição e uma equipa coesa, em permanente auto-avaliação e adaptação para poder melhorar continuamente os índices de qualidade”* (COSTA e CONDENÇA, 2005) mas, por vezes *“a falta de entusiasmo de alguns profissionais de saúde para esta modalidade terapêutica...”* (LEAL, 2006), levam a um comprometimento da qualidade da UCA, pelo que uma equipa coesa e motivada consegue impulsionar a sua unidade para o caminho da qualidade.

Da capacidade que o enfermeiro detém para envolver o utente no processo de tomada de decisão depende o resultado da interacção enfermeiro-utente. A literatura confirma que o tratamento do utente como indivíduo único e a sua participação activa na resolução de problemas estão associados a uma maior satisfação do utente, o que constitui um factor que contribui para a componente resultados (DONABEDIAN, 2003), enquanto indicador da qualidade da assistência em saúde.

1.2.4. – A satisfação do utente – Indicador de Qualidade

O termo satisfação tem a sua proveniência etimológica do latim satisfactiōne, que exprime a ideia do ato ou efeito de satisfazer ou satisfazer-se, querendo significar – contentamento, alegria. (INFOPEDIA, 2003)

Segundo Ribeiro (2003,p.25) “os consumidores de cuidados de saúde requerem cada vez mais cuidados de qualidade, sendo que um dos indicadores da qualidade desses cuidados é a satisfação dos utentes.”

Embora, muitos reconheçam que, devido à sua essência multidimensional, é complexo definir o conceito de satisfação, devido à existência de vários factores (antecedentes, características, experiências anteriores dos utentes) que condicionam o grau de satisfação dos utentes, é consensual que a satisfação deve ser considerada um indicador da qualidade dos serviços (RIBEIRO, 2005).

A ERS, em 2009, criou um sistema que tem como objetivo: avaliar de forma objetiva e consistente a qualidade dos cuidados de saúde em Portugal (ERS, 2009) regulamentado no b) do artigo 36º do Decreto - Lei 127/2009, de 27 de Maio, designado como SINAS (Sistema Nacional de Avaliação em Saúde). A origem da criação deste sistema assenta nos valores do rigor, da transparência e da objetividade. O SINAS tem como objetivos: salvaguardar o acesso dos utentes a uma informação adequada e compreensível acerca da qualidade dos cuidados de saúde nos diversos prestadores, promover a tomada de decisões mais informadas e melhorar continuamente os cuidados prestados.

O SINAS define, então como se poderá ver no quadro seguinte, os indicadores de Cirurgia Ambulatória.

INDICADORES DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO
Seleção do doente para administração da profilaxia das náuseas e vómitos
Seleção da profilaxia das náuseas e vómitos
Avaliação da dor no pós-operatório
Cedência de medicação analgésica na alta
Ensino na alta
Cedência de contacto telefónico
Avaliação pós-operatória nas 24 horas após a alta

Quadro nº1 – Indicadores de Cirurgia de Ambulatório (Fonte: ERS)

1.3 – A Teoria das Transições Aplicada à Vivência Perioperatória na UCA

No dia em que a cirurgia está agendada o utente e o seu acompanhante, saem do seu contexto socio-cultural, para entrarem na UCA, um local desconhecido, passando assim, por um processo de transição. A função do enfermeiro da UCA, deverá ser de ajuda na gestão dos processos de transição que ambos estão a experienciar (MELEIS et al, 2000). A Transição é, assim definida como:

“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para o outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação” (MELEIS E TRANGENSTEIN, 1994, p.256).

Durante este processo de transição os utentes e acompanhantes, sentem-se fragilizados, o que pode perturbar a sua saúde e bem-estar (MELEIS, 1997). Durante esta curta estadia no Hospital, utente e acompanhante, vivem vários períodos de transição. Passam por uma transição por antecipação, durante o período pré-operatório e durante o período intra e pós operatório por uma transição real. No período do pós operatório, o enfermeiro deve ser capaz de identificar todas as necessidades do utente e acompanhante, de forma a proporcionar todas as condições para que estes alcancem novos conhecimentos e alterem comportamentos, que levem à promoção, restauração e facilitação da saúde. Existem diversas conjunturas que podem influenciar os processos de transição, as quais podem ser facilitadoras, tais como: as condições pessoais, o significado atribuído aos acontecimentos que levam à transição, as atitudes e crenças, o “*status*” sócio-económico, a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição, as condições sociais e as da comunidade, o apoio de outros familiares ou pessoas significativas, a informação relevante colhida a partir de fontes credíveis como livros e guias orientadoras; como inibidoras, temos: o suporte insuficiente e a informação inadequada (MELEIS, 2007).

Para ajudar o utente e acompanhante a caminhar em direcção ao sentido de domínio é necessário: aquisição de informação (Hilton, 2002), sistemas de apoio social (Glacken et al., 2002), manter ou desenvolver ligações fortes com os outros (Arman & Rehnsfeldt, 2003) e aprender formas de se adaptar à mudança através da consciência elevada do eu (Kralik et al., 2003; Hilton, 2002; Kralik, 2002; Martin - McDonald e Biernoff 2002; Fraser, 1999; Shaul, 1997).

A Transição é proposta, por Meleis (1991), Chick & Meleis (1986), Schumacher & Meleis (1994) e Meleis et al., (2000), como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem, porque:

“os encontros entre os clientes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transaccionais de instabilidade precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Estas alterações podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e daqueles que lhes são significativos e têm implicações importantes no seu bem-estar e saúde” (SCHUMACHER & MELEIS, 1994, p.119).

Cada vez mais a prática de enfermagem tem que ser suportada por um modelo teórico.

A teoria de médio alcance das transições, segundo Meleis et al. (2000), facilita uma visão mais perspicaz sobre as transições, estabelece normas de procedimento específicas para a prática, esclarece questões de investigação de forma mais prática e coerente.

Nesta teoria foram identificados indicadores de transições bem sucedidas (Schumacher & Meleis, 1994): bem estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e bem estar nas relações. Ainda, foram reconhecidos indicadores adicionais: adaptação, capacidade funcional, auto-atualização e transformação pessoal (MELEIS et al. 2000).

Ao adotarmos, como enfermeiros, a teoria das transições, proporcionar-nos-á uma estrutura para identificarmos as necessidades do utente durante a transição da hospitalização, a transição do regresso a casa, a transição da

recuperação, entendendo em qual destas podemos facilitar diferentes respostas e efeitos.

Temos que adotar um modelo que suporte a orientação do utente e acompanhante no seu regresso a casa, pois atualmente o estado da arte tem como finalidade uma união significativa entre a preparação da alta e a qualidade de vida dos acompanhantes. É urgente que os modelos de Enfermagem adotados pelos enfermeiros se centrem na ajuda profissional que possam proporcionar conhecimentos aos utentes e seus acompanhantes, para que estes possam lidar com as transições na saúde/doença e para o exercício do papel de prestadores de cuidados (PAIVA, 2007).

As equipas de saúde, os utentes e os acompanhantes devem estabelecer parcerias, para que haja uma garantia da adesão ao regime terapêutico que garanta uma adaptação ao contexto natural dos utentes.

É urgente que os enfermeiros perioperatórios das UCA's, enquanto elementos de uma equipa multidisciplinar, adoptem a função de gestores da situação, focalizando, sistematizando, negociando e direccionando as terapêuticas de enfermagem de acordo com os projetos individuais dos utentes e dos seus acompanhantes, com a finalidade de promover e facilitar os processos de transição.

Durante todo o processo de preparação do utente e do acompanhante para o regresso a casa, existe uma receptividade e sensibilidade para os cuidados de enfermagem, pelo que esta área deverá ser vista pelos enfermeiros como uma área de excelência, onde o exercício de enfermagem é reconhecido e visível pelos outros.

1.4 - O ENFERMEIRO COMO AGENTE DE PROMOÇÃO PARA ADESÃO AO REGIME TERAPÊUTICO, POR PARTE DO UTENTE

Ninguém é perfeito. Mesmo quando percebemos tudo o que nos é explicado nem sempre conseguimos fazê-lo bem.

Segundo Henriques (2006, p.14) *“a não adesão não é só um problema porque se traduz em resultado negativo de saúde, mas porque também constitui um custo acrescido para os utentes e para as organizações de saúde”*.

A responsabilidade do insucesso do regime terapêutico, depende da perspectiva de cada um, os médicos referem falta de cumprimento do regime terapêutico e os utentes responsabilizam os profissionais de saúde, por estes fornecerem apenas informações breves ou por usarem um léxico de difícil compreensão, isto é, interação de forma inadequada. (OIGMAN, 2001).

Embora existam evidências que mostrem que a culpa da má adesão não é só do utente, continua a existir a tendência em culpabilizá-lo de tal, em vez de ajudá-lo, pelo que a gestão do regime terapêutico deverá ser uma atividade que justifica intervenções específicas de enfermagem, para promover a saúde destas pessoas (WHO, 2003). Essas intervenções, têm que estar adaptadas à situação e ao utente, reclamam um procedimento contínuo e dinâmico. O utente tem que ser visto pelo enfermeiro como um parceiro ativo na execução dos seus próprios cuidados. Nesta parceria é necessário que se estabeleça entre os dois uma comunicação prática e eficaz. O Enfermeiro deve intervir junto do utente e acompanhante informando-os e encorajando-os a escolher as soluções mais adequadas de forma a possibilitar um potencial máximo de saúde.

Nas últimas décadas, muitos foram os estudos realizados no âmbito da adesão terapêutica, nos quais não se têm apurado grandes variações nas taxas de adesão, persistindo um número expressivo de pessoas a não obter o máximo benefício dos tratamentos médicos (DULMEN, SLUIJS, DIJK, RIDDER, HEERDINK & BENSING, 2007). Segundo os autores referidos, as intervenções de adesão são classificadas de acordo com as principais teorias subjacentes: a teoria comportamental, a educacional, a afectiva e/ou uma combinação destas. São os estímulos ou sinais que estimulem respostas certas e as recompensas que reforcem o comportamento, que segundo estas teorias levam a mudanças do comportamento. Um dos meios mais baratos que podem proporcionar a adesão, são os lembretes, estes aliados às novas tecnologias podem funcionar como pistas, incentivos ou estímulos, que após consecutivas repetições levam progressivamente à aprendizagem do comportamento pretendido. (DULMEN, et

al., 2007). Os mesmos autores referem ainda, na sua revisão sistemática, que para melhorar a adesão, as medidas isoladas não são muito evidentes, são mais eficazes as combinações de várias medidas. As intervenções educativas segundo Dulmen, et al (2007), têm como finalidade melhorarem a capacidade da pessoa gerir a sua doença. Referindo ainda, que a qualidade da relação e da comunicação, na qual a componente afetiva deve estar sempre incluída, entre o prestador de cuidados e o utente é fundamental. e que estas intervenções só serão válidas se forem apropriadas a cada pessoa.

Para que haja adesão aos cuidados é necessário que existam bons conhecimentos em saúde, dados por uma fonte de informação credível e presença de rede social de apoio (COHEN, 2009). Este autor considera que a educação é a pedra fundamental para que a pessoa esteja informada e só assim fazer as suas decisões. Se no plano de cuidados e nas informações prestadas pelo enfermeiro, o utente descobrir um significado positivo, é plausível que este decida por mudar comportamentos e suporte a mudança pelo período necessário. Se não existirem estas conjunturas dificilmente temos pessoas motivadas para alterar os seus comportamentos e assim adquirirem os resultados desejáveis (COHEN, 2009). O mesmo autor, menciona ainda que, são variadas as teorias e modelos, fundamentadas em estudos anteriormente realizados, que abordam orientações nas quais se estabelece a mudança, embora nenhum destes estudos compreenda todos os pareceres relativos aos comportamentos de saúde, mas em todos eles é mencionado a necessidade de educar e que a atitude que o profissional de saúde tem, é condição indispensável para se efectuar essa mudança.

Segundo Loon et al. (2008) o papel do profissional de saúde deve ser o de educador, através do diálogo, deve abranger a pessoa nos cuidados para que esta defina o que pensa ser melhor para o seu bem-estar e qualidade de vida, ajudando-as assim, à sua tomada de decisão. As intervenções eficazes e de grande cariz educacional e comportamental levam as pessoas à adesão dos cuidados. O facto das pessoas se sentirem informadas, terem as suas dúvidas esclarecidas, e estarem abrangidas no processo de tomada de decisão, pode facilitar a decisão do que é benéfico para o seu bem-estar e qualidade de vida,

prevenindo possíveis complicações. (MAANEN et al., 2009; MANN 2009; ANTONELLI et al., 2008; LOON et al., 2008; ROSS, 2008; STEVEN et al., 2008; CHOLOWSKI & CANTWELL 2007; MURRAY et al., 2007).

O Enfermeiro ao partilhar os conhecimentos, experiências e saberes está a planear a alta e a garantir a continuidade dos cuidados por parte do utente/acompanhante, está a facilitar condições para que estes se sintam capazes para manterem a continuidade dos cuidados. Assim, *“os cuidados de Enfermagem são a atenção particular prestada por um enfermeiro a uma pessoa e aos seus familiares – ou a um grupo de pessoas – com vista a ajudá-los na sua situação, utilizando, para concretizar essa ajuda, as competências e as qualidades que fazem deles profissionais de Enfermagem. Os cuidados de Enfermagem inscrevem-se assim numa acção interpessoal (...) os cuidados de enfermagem propõem-se participar activamente em tudo o que contribua para desenvolver o potencial de vida da pessoa inserida na sua rede familiar e social; tentar utilizar ao máximo tudo o que resta desse potencial de vida, quando se vê afectada ou diminuída pela doença ou por uma deficiência, seja qual for a variedade das origens e das formas que estes últimos possam revestir. (...) importa aqui procurar tudo o que possa ser desenvolvido, suscitar e estimular o desenvolvimento das capacidades físicas, mentais e sociais para fortalecer o que existe ou o que resta de autonomia, discernir o que deve ser compensado, estimular e libertar as capacidades potenciais.”* (HESBEEN, 2000,p.67).

Segundo Martin et al (2010), os profissionais de saúde, devem utilizar intervenções que possam ajudar os utentes/ família a recordarem-se das informações prestadas, tais como:

1. Falar pausadamente em vez de “despejar” informação;
2. Não utilizar linguagem técnica, que o utente/família não perceba;
3. Mesmo que o profissional de saúde ache que não está a utilizar linguagem técnica, deve certificar-se que o estão a compreender;
4. Conhecer o nível de conhecimentos em saúde do utente e transmitir informações de forma adequada;

5. Entender que o utente ao receber um diagnóstico pode ser estar emocional perturbado o que pode impedir a sua capacidade de se lembrar de tratamento e as informações de acompanhamento;
6. Proporcionar conforto e segurança aos utentes para aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade de compreender e recordar as informações fornecidas;
7. Fornecer informações que sejam significativas, para que haja uma mudança nos comportamentos de saúde;
8. Fazer com que o utente/família compreendam os riscos e os benefícios da adesão aos cuidados;
9. Estar atento aos ideais de saúde do utente;
10. Adaptar e personalizar a informação que é dada aos utentes;
11. Não dar demasiada informação de cada vez;
12. Colocar a informação mais importante no início ou no final, enfatizando-a;
13. Estimular o utente a tomar notas;
14. Sugerir ou fornecer auxiliares de memória (guias de ensino, mnemónicas, esquemas, etc.)

2. - PROJETO DE INTERVENÇÃO

No âmbito do Mestrado em Enfermagem Perioperatória, foi-nos proposto a elaboração de um Projeto de Intervenção. Para o seu desenvolvimento, utilizamos a metodologia de projeto, de forma a responder aos problemas detectados no local eleito para o estágio.

Segundo Leite (2001) “O trabalho de projeto é uma metodologia, um conjunto de técnicas e procedimentos utilizados para estudar qualquer aspecto da realidade social, que permite prever, orientar e preparar o caminho que os intervenientes irão fazer ao longo da realização do projecto, centrando-se na investigação, análise e resolução de problemas.”

Um projecto é edificado por diferentes etapas, sendo a primeira, a elaboração do diagnóstico da situação.

O projecto desenvolveu-se no âmbito da nossa prática profissional, na UCA, do Hospital X. e focalizamos a nossa atenção, na avaliação da informação pós operatória prestada pelo enfermeiro aos utentes em contexto de Cirurgia Ambulatória.

O Projeto de intervenção em serviço nasce no âmbito da Unidade Curricular Projeto/Estágio, a qual tem como objetivos:

- Promover o desenvolvimento de competências em contexto clínico de enfermagem perioperatória.
- Promover o desenvolvimento de competências de decisão clínica e decisão ética de enfermagem, em contexto específico da enfermagem perioperatória.
- Aplicar a metodologia de projeto na identificação, planeamento e resolução de um problema de investigação identificado em contexto da prática.

A orientação do estágio ficou a cargo de um docente da Escola e de um enfermeiro orientador em contexto profissional. A escolha do enfermeiro orientador teve como base os critérios definidos pela escola.

2.1. - CARACTERIZAÇÃO DO CONTEXTO DE ESTÁGIO

Entende-se Unidade de Cirurgia de Ambulatório (UCA) como sendo o *“Local de trabalho onde pessoas de distintas categorias e distintas especialidades, aceitam o desafio de unificar circuitos, protocolos e tratamentos em doentes com variadas patologias”* (HOSPITAIS, SA. p.11,2005).

A UCA onde se desenvolveu o projeto abriu em Abril de 2009. É unidade do tipo “satélite/integrada”, porque se serve de estruturas já existentes, partilhando espaço físico, enfermeiros e assistentes operacionais.

O espaço físico é composto por: 1 sala operatória, 1 sala de recobro imediato com 3 camas, 1 sala de recobro tardio com 6 cadeirões, 1 vestiário com 10 cacifos, zona de secretariado e 1 gabinete de consulta.

O período de funcionamento da sala operatória decorre entre as 8H30M e as 16H. Durante as 8H30M e as 13H um médico anestesiológista assegura todos os procedimentos anestésicos efectuados, sejam anestesia geral ou loco-regional. A fase de recuperação anestésica é realizada na sala de “recobro imediato”, até às 16H, sendo a actividade assistencial da responsabilidade do médico anestesiológista.

A recuperação cirúrgica é efectuada na sala de “recobro tardio”, que funciona até às 20H, sempre sob a supervisão de um enfermeiro. Após o cumprimento de todos os critérios de alta, segundo o protocolo da Unidade, o utente é incentivado a regressar ao domicílio.

Esta unidade, funciona com um médico assistente hospitalar responsável pelas cirurgias do dia, ajudado por outro médico da área cirúrgica (podendo ser um interno de especialidade).

A dotação da sala operatória é de três enfermeiros: 1 enfermeiro instrumentista, 1 enfermeiro circulante e 1 enfermeiro de anestesia. A sala de “recobro tardio” é assegurada apenas por um enfermeiro, que é responsável pelos cuidados durante a fase pré operatória (acolhimento do utente e acompanhante e preparação do utente) e pelos cuidados na fase pós operatória (cuidados e vigilância do período pós-operatório e preparação da alta para o domicílio). As

atividades de enfermagem do “recobro imediato” estão adstritas a um enfermeiro que pertence à equipa de Enfermagem da Unidade de Cuidados Pós-Anestésicos.

Os utentes são seleccionados nas consultas das respectivas especialidades, onde é realizado um inquérito e assinado consentimento em folha própria, após o que haverá lugar ao preenchimento da proposta operatória de SIGIC como ambulatório.

A secretária de unidade tem acesso a esses processos, agrupando um número de utentes por especialidade e remetendo-os atempadamente para a Consulta Pré-anestésica de Ambulatório (CPAA). A CPAA é uma consulta interdisciplinar, entre o médico anestesiológista e o enfermeiro. Esta consulta funciona em horário pós laboral, após as 16h. Em Junho de 2011 a CPAA passou a ser realizada com a colaboração dos enfermeiros do BOC, com experiência na UCA, até à presente data.

No dia da intervenção cirúrgica, à hora marcada, o utente dirige-se ao serviço com o seu acompanhante. A Secretária de Unidade faz todo o processo administrativo.

O enfermeiro do recobro tardio inicia o acolhimento aplicando o instrumento de registo – “Check-list” de admissão de utentes ao BOC, estabelecendo uma relação empática com o utente e acompanhante de forma a avaliar as expectativas de ambos. Enceta o ensino de toda a preparação e todo o circuito do dia da operação, ao utente e acompanhante. O utente e acompanhante são acompanhados ao vestiário pela assistente operacional, onde o utente troca de roupa. A seguir, é encaminhado para o recobro tardio, onde o enfermeiro precede a toda a preparação inerente à cirurgia:

- Esclarece dúvidas relativamente aos procedimentos que vão ser realizados;
- Cumpre os procedimentos previstos como a cateterização periférica e a monitorização não invasiva.

No momento da transferência, o enfermeiro do recobro tardio comunica ao enfermeiro de anestesia:

- Ocorrências pré-operatórias relevantes;
- Proposta da intervenção cirúrgica a realizar;
- Diagnósticos de enfermagem iniciais, e principais acções de enfermagem implementadas e sua evolução.

O utente é encaminhado para a sala operatória, onde é intervencionado. Após a finalização do acto anestésico-cirúrgico, o utente é transferido para o recobro imediato. Após ter alta deste recobro pelo anestesista, é transferido, em cadeirão, para a sala de recobro tardio. O enfermeiro do recobro tardio, acolhe o utente; recebe informações orais e escritas; monitoriza os parâmetros vitais e procede aos respectivos registos de enfermagem; mantém observação para despiste de possíveis sinais de complicações; providência o início da dieta líquida e sólida. Avalia ainda: a ausência/existência de dor; a escala da dor aguda; o estado de consciência; a presença/ausência de náuseas e vómitos; a tolerância alimentar; as características do penso cirúrgico; a eliminação vesical; avalia as condições da alta, seguindo o regulamento da UCA, utiliza os critérios de alta segundo o sistema desenvolvido por Chung denominado PADS (Post-anesthesia Discharge Scoring System) *“que avalia sinais vitais, actividade motora e deambulação, náuseas e vómitos, dor e hemorragia, qualquer sistema de pontuação poderá ser considerado válido desde que inclua a avaliação do estado de consciência dos doentes, o controlo da dor com analgésicos orais, o controlo das náuseas e vómitos, a estabilidade dos sinais vitais, a actividade motora que permita deambular sem desequilíbrios e a inexistência de hemorragia relacionada com a cirurgia”* (José M. Caseiro, p.53, 2009) e elabora respetivos registos.

Durante todo este período o utente usufrui da presença de acompanhante aproveitando essa presença, o enfermeiro, dá continuidade à informação de todo o plano terapêutico, esclarecendo dúvidas, fornecendo informações orais e escritas (Guia de ensino) e participando activamente na preparação da alta.

O utente que cumpre todos os critérios para a alta (segundo normas em vigor e actualizadas segundo o estado da arte) e referidas anteriormente no enquadramento teórico, tem alta com nota elaborada pelo cirurgião segundo o procedimento em vigor. Com medicação pré-estabelecida, fornecida pelo enfermeiro do recobro tardio, de acordo com O Decreto-Lei n.º 13/2009, de 12 de Janeiro, que determina as *“condições e os requisitos para que os estabelecimentos e serviços prestadores de cuidados de saúde, públicos e privados, independentemente da sua natureza jurídica, dispensem medicamentos para tratamento no período pós-operatório de situações de cirurgia de ambulatório”*. A elaboração do supracitado decreto-lei, tem por finalidade: a equidade entre a cirurgia em contexto convencional, na qual os fármacos são disponibilizados no internamento sem encargos para o utente, e a cirúrgica em contexto ambulatório e, “uma maior racionalização económica por parte do Estado, na medida em que permite evitar a interrupção na continuidade da terapêutica, bem como a compra integral de embalagens de medicamentos”. (Diário da República, 1.ª série—n.º 107—4 de junho de 2013).

Após a reunião de todos os critérios de alta, o utente é novamente encaminhado ao vestiário, onde se veste e recupera os seus haveres, podendo iniciar o percurso inverso até ao seu veículo.

Os utentes que não cumpram os critérios de alta, serão internados na enfermaria. No momento da alta é fornecido ao utente o número de telefone da unidade, para eventuais esclarecimento de dúvidas e/ou orientações.

Às 24h pós cirurgia, o enfermeiro realiza o telefonema de follow-up, com o objectivo de despistar complicações, avaliar a evolução da recuperação e fornecer orientações e esclarecer dúvidas.

A primeira consulta de pós-operatório será efectuada pelo médico assistente ou sob a sua orientação, sendo obrigatório o preenchimento de inquérito, em papel, sobre as complicações cirúrgicas. Esse inquérito é entregue ao secretariado da unidade. Aos 30 dias é efectuada por uma entidade externa à UCA, um último inquérito: de satisfação, via telefone. Estes inquéritos podem ser

ajustados consoante as necessidades identificadas pela equipa de enfermagem durante a recolha de dados.

2.2. - DIAGNÓSTICO DE SITUAÇÃO

Um projecto é edificado por diferentes fases, sendo a primeira a elaboração do diagnóstico da situação.

“O Diagnóstico da situação corresponde ao conhecimento, caracterização e análise de uma realidade, constituindo um pré-requisito indispensável ao prosseguimento das etapas seguintes”. Fernandes (1999, p.235).

Escolhemos a CA como área de intervenção, pois os cuidados de enfermagem perioperatórios em Cirurgia Ambulatória regem-se pelos mesmos princípios que os cuidados prestados no Bloco Operatório (AESOP, 2006). Consideramos que a CA personifica um grande desafio para o Enfermeiro Perioperatório, pois exige deste a aquisição de competências no acompanhamento do utente e acompanhante, durante todo o período do perioperatório. A equipa que exerce funções neste contexto, embora seja uma equipa com larga experiência nos cuidados intra operatórios, tem pouca experiência nos cuidados pós operatórios, procuram a excelência do exercício profissional e de acordo com alínea a do Artigo 88º do CDE, procuram *“analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude”* (Nunes, L., Amaral., Gonçalves, 2005).

A forma que consideramos mais adequada para o diagnóstico de situação foi através de uma entrevista à equipa de Enfermagem, na qual pedimos que identificassem e enumerassem os problemas existentes. Segundo Fortin (2009), nas “entrevistas inteiramente não dirigidas, os respondentes são encorajados a falar livremente sobre os temas propostos pelo entrevistador”. Consideramos de extrema importância utilizar o testemunho dos enfermeiros, pois são eles que conhecem a realidade e lidam com os problemas. Quivy (1998) indica-nos que *“A segunda categoria de interlocutores recomendados para as entrevistas exploratórias é a das testemunhas privilegiadas. Trata-se de pessoas que, pela*

sua posição, pela sua ação ou pelas suas responsabilidades, tem um bom conhecimento do problema. Finalmente, a terceira categoria de interlocutores úteis: os que constituem o público a que o estudo diz directamente respeito” (p.71). Assim, e de acordo com o autor a utilização deste método, baseado nas testemunhas referida, demonstrou a pertinência da implementação do projecto. Quivy (1998), considera ainda que: “ (...) *as entrevistas exploratórias servem para encontrar pistas de reflexão, ideias e hipóteses de trabalho* (...)”.(p.70).

Esta entrevista foi realizada no dia 8 de Abril de 2013, onde ficaram identificados os seguintes problemas:

- Necessidade de avaliar e rever “os guias de ensino”, para posterior rectificação pelos respectivos Directores de Serviço e subsequente envio ao departamento de comunicação para impressão.
- Elevado grau de ansiedade manifestado por parte dos enfermeiros, face à informação prestada no pós operatório (se era perceptível, adequada e cumprida pelos utentes).
- Inquérito das 24h, com escassez de informação e de registos de enfermagem.
- Inexistência de procedimentos de enfermagem e descrição de funções de enfermagem.
- Sobrecarga de trabalho para o enfermeiro do recobro tardio.

Gostávamos de referir, que a equipa de enfermagem mencionou que a melhoria da informação prestada ao utente/família era uma necessidade, de carácter prioritário, pelo que o tema desenvolvido foi: a avaliação da informação pós-operatória prestada ao utente.

Consideramos, também pertinente utilizar o testemunho do Enfermeiro Chefe do BOC, por ser uma mais-valia para corroborar o interesse e pertinência deste projecto. Pelo que foi realizada uma entrevista exploratória ao Enfermeiro chefe. O objectivo dessa entrevista foi o de conhecer o parecer do mesmo, face ao projecto proposto. Ao analisar o conteúdo desta entrevista, gostaria de salientar, que o Sr.º Enfermeiro Chefe considerou o projecto pertinente, reforçando que é

uma óptima estratégia para a melhoria da qualidade da Unidade, pois esta encontra-se em fase de acreditação.

O projeto foi, também, apresentado à Sr.^a Enfermeira diretora, que o considerou de extrema relevância.

Demos ainda conhecimento do projeto ao coordenador da UCA, que manifestou agrado pela escolha do tema.

Foi pedido um parecer do tema ao Sr. Presidente da Associação Portuguesa de Cirurgia Ambulatória, que manifestou que se tratava de um tema de grande interesse e no seu entender único nesta área.

Posteriormente, para analisar a situação, foi utilizada a metodologia SWOT. Esta terminologia resulta da conjugação das iniciais das palavras Strengths (forças), Weaknesses (fraquezas), Opportunities (oportunidades) e Threats (ameaças). A análise SWOT estabelece uma importante ferramenta de apoio capaz de reduzir as áreas de incerteza relacionadas com a implementação de um projecto. A Metodologia SWOT é um acrónimo inglês de: forças, fraquezas, oportunidades e constrangimentos (RODRIGUES et al, 2002) utilizada para a abordagem qualitativa dos Recursos Humanos.

“A análise SWOT serve, no essencial, para: a) partilhar e comparar ideias, quantas vezes dispersas; b) centrar a atenção sobre a capacidade de resposta da organização, face aos factores do meio ambiente que a afectam; c) levar, de forma estruturada, a decisões estratégicas, sabendo como explorar as forças, diminuir as fraquezas, evitar as ameaças e aproveitar as oportunidades.” (RODRIGUES et al, 2002).

Neste contexto, para a análise SWOT, procedeu-se ao estudo das forças (strengths) e fraquezas (weaknesses) do meio interno (UCA), relativamente às oportunidades (opportunities) e ameaças (threats) do meio externo.

A Análise interna pressupõe a identificação dos principais pontos fortes e pontos fracos representativos do serviço, num determinado momento.

Para uma avaliação contínua do progresso, é indispensável que o exercício de auto-avaliação se realize de forma periódica, e que através dele, o serviço seja capaz de identificar por um lado, quais são os seus pontos fortes para mantê-los e inclusive melhorá-los, e por outro, quais são as áreas de melhoria que deverá reforçar para tentar convertê-las em pontos fortes (BENAVENT, 2001).

A análise externa tem como objectivo a identificação das principais oportunidades e ameaças que num determinado momento se colocam perante a organização.

De acordo com a análise SWOT desenvolvida no quadro nº2 apresentado em baixo, podemos concluir que as forças ou seja os pontos fortes da UCA, são muitos e todos eles serão uma mais-valia para o desenvolvimento deste projeto. Esperamos com este projeto transformar os pontos fracos (inexistência de procedimentos, grau de ansiedade da equipa de enfermagem e dotações inadequadas) em fortes e alertar os superiores hierárquicos, Conselho de Administração para as condicionantes da UCA (o espaço físico e da falta de recursos de Enfermagem). Mostrando que desta forma poderemos maximizar a produtividade, otimizando os tempos cirúrgicos, cumprindo desta forma o contrato programa, se tivermos dotações de enfermagem corretas para que a informação prestada pelos enfermeiros no pós operatório seja a adequada e leve à satisfação dos utentes. Deste modo poderemos dar visibilidade aos cuidados de Enfermagem.

AMBIENTE INTERNO		AMBIENTE EXTERNO	
•FORÇAS(STRENGTHS)	<ul style="list-style-type: none"> • Motivação da equipa de enfermagem • Espírito de equipa • Conselho de administração • Guias de ensino • Contacto telefónico 24h • Inquérito 30º dia • Dados Estatísticos • A consulta pré anestésica de ambulatório • Reduzida taxa de morbilidade/mortalidade • Gestão de material e equipamentos • Aumento produtividade cirúrgica 	•OPORTUNIDADES (OPPORTUNITIES)	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação dos utentes • Redução da taxa de riscos e complicações • Maximizar a produtividade cirúrgica • Otimizar os tempos operatórios • Inovação tecnológica • Visibilidade dos cuidados de Enfermagem • Contrato programa • Eficiente articulação dos serviços de apoio • Recomendações CADNCA, AESOP, APCA, ERS
•FRAQUEZAS (WEAKNESSES)	<ul style="list-style-type: none"> • Inexistência instrumento de avaliação • Alto grau de ansiedade dos enfermeiros • Inexistência de procedimentos • Espaço físico 	•AMEAÇAS (TREATS)	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfação do utente • Falta de recursos de Enfermagem • Contrato programa • Gestão de listas de espera • As instalações • Inexistência de contato telefónico do médico assistente nas primeiras 24h.

Quadro nº 2 – Análise SWOT

No próximo ponto iremos definir os objetivos do Projeto.

2.3. – OBJETIVOS

Após elaboração do diagnóstico de situação, passamos para a segunda fase da Metodologia de Projeto, a definição dos objetivos. Segundo o Departamento de Enfermagem da ESSS.

Deste modo, apresentamos os objectivos delineados para este projecto:

- **Objectivo geral:**

Avaliar a satisfação do utente em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia de Ambulatório.

- **Objetivos específicos:**

Avaliar a utilidade da informação;

Avaliar se a informação é adequada à situação;

Avaliar se a informação é perceptível;

Promover a continuidade dos cuidados.

De seguida iremos abordar a fase seguinte do projeto, o planeamento do projeto.

2.4. – PLANEAMENTO DO PROJECTO

De acordo com Ander-Egg e Idñez, (1999) para *“melhorar a capacidade de programar e elaborar projectos, temos que aprender a pensar organizando ideias mediante o processamento mental de informação, compatibilizando e articulando diferentes elementos e fazendo propostas realistas para a resolução de problemas”* (p.23).

Neste sentido, as diversas actividades e tarefas a executar devem estar relacionadas para, se alcançar o resultado proposto no projecto. Todas as etapas têm que estar bem pensadas e planeadas, a *“enumeração das actividades não é suficiente, tem de ser acompanhada de uma descrição concreta que permita compreender a sua razão de ser, o seu conteúdo, o resultado previsto e as condições de execução. Por isso, é recomendável a utilização de uma ficha ou de*

um documento adequado que sistematize estas descrições e sirva de guia àqueles que as devem efectuar.» (BRAND, 1998, p.105,106).

Assim iremos apresentar, no quadro nº3, as diversas actividades a desenvolver ao longo do projecto, que serão compostas por:

- Actividades a desenvolver;
- Descrição das actividades;
- Duração prevista;
- Recursos utilizados ou a utilizar;
- Indicadores de avaliação;
- Avaliação;

ACTIVIDADES/ ESTRATÉGIAS A DESENVOLVER		
Atividades a desenvolver	<ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa bibliográfica sobre a Cirurgia de Ambulatório, informação, qualidade dos cuidados e procedimentos cirúrgicos; - Realizar formações em serviço com a equipa de enfermagem do BOC e pares para a apresentação do projeto; - Envolver a equipa de enfermagem do BOC e a equipa de enfermagem no projeto; - Realizar reuniões com o chefe de serviço; - Realizar reuniões com o enfermeiro orientador; - Realizar de reuniões o coordenador da UCA; - Realizar de reuniões com o Administrador da área; - Realizar revisão dos guias de ensino, - Realizar de propostas de procedimentos em relação a: integração de novos elementos de enfermagem na UCA, funções do enfermeiro do recobro tardio, funções do enfermeiro de acolhimento - Realizar proposta de elaboração de novo inquérito telefónico das 24h, no qual se possam avaliar as informações prestadas pelos enfermeiros. - Aplicar os questionários aos utentes. 	
Recursos	Humanos	<ul style="list-style-type: none"> - Enfº Chefe; - Equipa de enfermagem do BOC; - Coordenador da UCA; - Coordenadora da anestesia da UCA; - Conselho de Administração;
	Materiais	<ul style="list-style-type: none"> - Material informático; - Telefone; - Material didático; - Livros;

		<ul style="list-style-type: none"> - Internet; - Guias de ensino, elaborados pela equipa de enfermagem, que se encontram em vigor;
	Tempo	Abril a Julho de 2013
Indicadores de avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - A satisfação do utente; - A utilidade da informação; - A informação é adequada à situação, - A informação é perceptível, - A continuidade dos cuidados, - As complicações pós cirurgia. 	
Avaliação	<ul style="list-style-type: none"> - Feed-back do enfermeiro orientador, docente, Enfermeiro chefe, equipa de enfermagem do BOC, Coordenador da UCA; - Feed-back da equipa de do BOC; - Feed-back dos utentes; - Aprovação pelo Conselho Administração. 	

Quadro nº 3 - Análise de actividades e estratégias a desenvolver

2.5. – METODOLOGIA

As fases de diagnóstico de situação e planeamento do projeto de intervenção no local de estágio decorreram de Abril a Junho de 2013, durante a realização do Estágio, com o intuito de atingir os objetivos propostos.

Em Abril realizamos reuniões informais com o enfermeiro chefe e com a equipa de enfermagem, para delinear o foco do estudo.

Em meados de Abril, realizamos uma formação em serviço na qual apresentamos o projeto a desenvolver à equipa de enfermagem e aos pares: os objetivos do estudo, o instrumento de medida, a amostra, tempo acordado para a colheita e análise de dados.

Em Junho iniciamos a aplicabilidade do instrumento de medida.

Em Julho analisámos os instrumentos de medida.

Um dos principais elementos que convergem para a definição do desenho de investigação é a escolha do meio onde se desenvolve o estudo de investigação.

Deste modo, seleccionámos para seu desenvolvimento o meio natural, que segundo Fortin (2009), significa que os estudos se devem efetuar “*em qualquer parte fora de lugares altamente controlados como são os laboratórios*” e que de acordo com Streubert e Carpenter (2002), que referem que devemos “*alterar o menos possível as condições em que o fenómeno ocorre*” (STREUBERT e CARPENTER, 2002, p. 24).

Desta forma, este projeto foi realizado no contexto do Bloco Operatório do Hospital X, na UCA.

A realização do presente projeto surgiu de uma necessidade da equipa de enfermagem. Esta, mencionou que a melhoria da informação prestada ao utente/família era uma necessidade, de carácter prioritário. Pelo que se tornava urgente avaliar da informação pós-operatória prestada ao utente, para aferir se existiam procedimentos a mudar.

Deste modo, realizamos um estudo de investigação, de paradigma quantitativo, exploratório transversal, de nível I, não experimental e descritivo simples, o qual de acordo com Fortin (2009), implica “*um processo sistemático de colheita de dados observáveis e quantificáveis.*”.

Para Fortin (2009), a abordagem quantitativa tem como principais características “*a objectividade, a predição, o controle e a generalização (...) tem por finalidade contribuir para o desenvolvimento e validação dos conhecimentos; oferece também a possibilidade de generalizar os resultados, de predizer e de controlar os acontecimentos*” (FORTIN, 2009).

A segunda etapa, trata-se da fase metodológica. “*A fase metodológica reporta-se ao conjunto dos meios e atividades próprias para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase conceptual.*” (FORTIN, 2009, p.211) Nesta fase, o investigador estabelece os métodos que irá usar para alcançar a resposta à questão de investigação, o que

envolve a escolha de um desenho metodológico apropriado de forma a: investigar, descrever um fenómeno, explorar associações e diferenças ou verificar hipóteses. É nesta etapa, que é determinada a população e os instrumentos mais adequados para efectivar a colheita de dados. A garantia da fiabilidade e da qualidade do estudo advém destas determinações. (FORTIN, 2009, p.211).

Descrito o tipo de estudo que empregamos neste projeto, há que identificar o instrumento adequado a efetivar a colheita de dados, a população e a amostra, os procedimentos éticos e as limitações do projeto, aspetos que serão abordaremos de seguida.

2.5.1. - Elaboração e aplicação do instrumento de colheita de dados

O instrumento de medida que elegemos foi o questionário (apêndice 2).

De acordo com Quivy e Campenhoudt (1995) os questionários consistem num método de colocar questões a um grupo representativo da população e é aconselhado quando se pretende conhecer uma população (valores, comportamentos, opiniões) analisar um fenómeno social e sempre que seja necessário questionar um grande número de indivíduos sobre uma dada questão. Podem ser de “administração indireta” quando é o inquiridor a preenche-lo ou de “administração direta”, quando preenchido pelo próprio inquirido.

A criação deste instrumento, demorou algum tempo mas, a pesquisa efetuada levou-nos a um estudo realizado por Ribeiro, em 2003, com o objetivo de construir e validar um instrumento de avaliação da satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem (RIBEIRO, 2003), tendo criado duas versões: a versão SUCEH21 que possibilita avaliar a satisfação dos utentes em relação aos cuidados de enfermagem em contexto de cuidados de saúde hospitalar e a versão SUCECS26 que permite avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de enfermagem em cuidados de saúde primários (CSP).

Dado que o nosso projeto foi realizado em contexto hospitalar escolhemos o formulário SUCEH21,. Este formulário, é composto por vinte e uma afirmações, respondidas numa escala tipo Likert e apresentadas de forma descendente

(3=sempre até 0=não se aplica/sem opinião), que permite avaliar as dimensões: eficácia na comunicação, utilidade da informação, qualidade no atendimento, prontidão na assistência, manutenção do ambiente terapêutico, promoção da continuidade dos cuidados.

Na realização do nosso projeto, apenas avaliaremos as dimensões: eficácia na comunicação, utilidade da comunicação e promoção da continuidade dos cuidados.

Foi solicitada à autora autorização para utilizar o respetivo instrumento, explicámos-lhe que o nosso estudo apenas incidiria na avaliação da satisfação do utente, pelo que iríamos adotar o instrumento. Prontamente, a autora respondeu dando o seu consentimento e manifestando o seu agrado pela nossa preocupação com os cuidados de enfermagem prestados.

Segundo Ribeiro (2003) este formulário evidencia uma boa fidelidade, com consistência interna com um Alpha de Cronbach 0,82, e uma boa validade de constructo, tendo a análise factorial das questões produzido seis factores, que explicam 65% da variância total.

A aplicação deste questionário foi de “administração indireta”, foi realizada em dois tempos. A primeira parte, realizada no dia da cirurgia, trata-se de um questionário face a face, onde é registada a caracterização demográfica, os registos clínicos, cuidados pós operatórios e a informação sobre o acompanhante). A segunda parte (utilidade da informação, eficácia da informação, despiste de complicações pós-operatórias e satisfação) foi realizada via telefone, às 24h pelos enfermeiros, ao utente intervencionado. Esta entrevista por telefone já existia, mas apenas se avaliavam as complicações cirúrgicas. A recolha de dados e a sua análise, pode favorecer um plano organizativo, visando modificar as práticas existentes, desenvolvendo uma melhoria da qualidade dos cuidados.

A realização da colheita de dados decorreu durante todo o mês de Junho de 2013, tendo a análise dos dados decorrido durante o mês de Julho de 2013.

Elaborado o instrumento de colheita de dados que se considerou mais apropriado para o estudo em questão, de seguida vamos abordar a escolha da população e amostra.

2.5.2. - A população e amostra

Fortin (2009) refere que “ *A população alvo é o conjunto das pessoas que satisfazem os critérios de seleção definidos previamente*” (p.310).

Quando desejamos colher uma informação significativa e detalhada, os participantes do estudo devem ser selecionados de forma intencional. “*A população é inicialmente heterogénea, isto é, os elementos que a compõem são de natureza diferente. É preciso, por conseguinte, definir uma população, e para isso estabelecem-se, primeiro, critérios de seleção dos elementos que a compõem.*” (FORTIN, 2009, p.311).

Assim, foram traçados os seguintes critérios de inclusão:

- Todos os utentes intervencionados em Cirurgia ambulatória, a que seja realizado o inquérito das 24h, durante o mês de Junho;
- Com idade superior a dezoito anos.

“*A amostra é a fração de uma população sobre a qual se faz o estudo (...)* A representatividade é a qualidade essencial (...).Noutros termos, uma amostra representativa é uma réplica em miniatura da população (...) Para reduzir o erro de amostragem, utilizam-se dois métodos de amostragem: a amostragem probabilística e a não probabilística. A amostragem probabilística consiste em tirar de forma aleatória, o número de indivíduos requeridos para formar a amostra. A amostragem não probabilística consiste em tomar uma amostra na qual se encontrem características conhecidas na população. “ (FORTIN, 2009, p.312).

Apenas pudemos aplicar o questionário durante um mês, pois a autorização do Conselho de Administração demorou algum tempo.

A amostra, ficou, assim limitada a todos os utentes intervencionados no mês de Junho, que estivessem incluídos nos critérios. Os questionários aplicaram-se entre 3 de Junho e 28 de Junho do ano de 2013.

De seguida iremos abordar os procedimentos éticos.

2.5.3- Procedimentos Éticos

Antes de dar início ao Projeto, formalizamos o pedido de autorização por escrito a 18 de Abril de 2013, ao Conselho de Administração do Hospital X, cuja resposta autorizada foi obtida, após o parecer do Enfermeiro Chefe, do Director de Serviço, do Coordenador da UCA, da Coordenadora de anestesia da UCA e da Comissão de Ética do referido Hospital, a 23 de Maio de 2013.

Após a autorização, e tendo sempre presentes os princípios éticos subentendidos à investigação, que envolva seres humanos, sendo esta, de alguma forma uma intromissão nas suas vidas, procurámos não ser mais intrusivos que o necessário. Estamos de acordo com Polit e Hungler (1995), que defendem que “ *os pesquisadores devem assegurar que a sua pesquisa não será mais intrusiva do que o necessário e que a privacidade do participante seja mantida ao longo do estudo*” (p.300).

Quando contactámos os participantes, informámos sobre o tema, objectivos do estudo e necessidade de realização do inquérito. Foi, ainda, garantido o anonimato e confidencialidade. Antes de dar início à recolha de dados, essa informação foi reforçada referindo que tinham a liberdade de em qualquer momento, poder recusar-se a participar, se assim o entendesse, e sem que daí adviessem quaisquer consequências.

Garantimos o anonimato a todos os inquiridos. Foi-lhes explicado que os dados eram codificados e que à sua entrevista era atribuída um número, apenas conhecida pela investigadora, de modo a garantir o anonimato e a

confidencialidade. Bogdan e Biklen (1994), referem que *“as identidades dos sujeitos devem ser protegidas, para que a informação que o investigador recolhe não possa causar-lhes qualquer tipo de transtorno ou prejuízo”* (p. 77).

Apresentadas as considerações éticas, abordaremos as algumas das limitações durante o decorrer de todo este processo.

2.5.4. - Limitações do projeto

Durante a realização deste projeto, deparamo-nos com várias limitações.

Algumas delas, tiveram a ver connosco. Tínhamos previsto realizar a colheita de dados durante os meses de Abril, Maio e Junho mas, devido a um acidente de trabalho estivemos 40 dias inibidas de trabalhar pelo que iniciámos o processo de pedido de autorização do projeto bastante tarde. Retomámos o trabalho na segunda semana de Abril e só aí iniciámos o pedido de autorização. Como a comissão de ética do referido Hospital só se reúne mensalmente, só obtivemos autorização para começar a implementar o estudo nessa data. De 23 de Maio a 3 de Junho realizamos um pré-teste. Ao primeiro impacto, todos os elementos de enfermagem referiram que se tratava de um instrumento de colheita de dados de grande dimensão. Mas, à medida que se familiarizaram com o mesmo, não referiram mais este aspeto.

O pedido de autorização e a explicação do estudo aos utentes e acompanhantes era realizado no dia da intervenção. Existia algum receio da nossa parte, que alguns dos utentes não colaborassem durante o inquérito das 24h, mas apenas dois dos utentes não atenderam o telefone às 24h, pelo que não foram incluídos no estudo. Para além destas condições que condicionaram a possibilidade de recolher outros dados, podemos ponderar igualmente o facto de as pessoas poderem não serem sinceras ou omitirem dados com receio de represálias, ou outros motivos.

Apresentada a etapa da metodologia de projeto passaremos para a análise e apresentação dos resultados.

2.6. – RESULTADOS

Como terceira etapa, temos a fase empírica que “ é reservada à análise descritiva e inferencial dos dados colhidos junto dos participantes por meio dos métodos de colheita de dados.” (FORTIN, 2009), que equivale à realização do plano de investigação, o qual passa pela realização da colheita de dados, organização e tratamento dos mesmos, a interpretação e apresentação dos resultados. (SILVA, 2002).

2.6.1. – Apresentação e Análise dos Dados

Após a colheita de dados, procedeu-se a um processo de preparação e organização da informação, com a finalidade de se proceder à análise de dados. Tal como refere Polit et al. esta análise “é uma actividade intensiva, que exige criatividade, sensibilidade conceitual e trabalho árduo” (POLIT et al, 2004,p. 358).

A amostra é representada de acordo com um conjunto de variáveis sócio-demográficas: género, idade, profissão, estado civil, local de residência, e grau de escolaridade.

A amostra recolhida na UCA do Hospital X foi de 62 utentes, cuja caracterização das variáveis sócio-demográficas se encontra nos abaixo apresentados.

Género

O gráfico de distribuição dos inquiridos por género revela que a amostra é constituída por 55% do género feminino e 45% do género masculino.

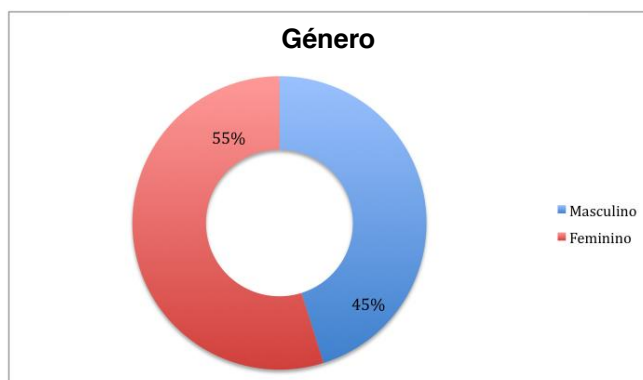


Gráfico 1 – Distribuição por género

Estado Civil

O gráfico de distribuição dos inquiridos por estado civil revela que a maioria dos utentes intervencionados (56%), são casados.

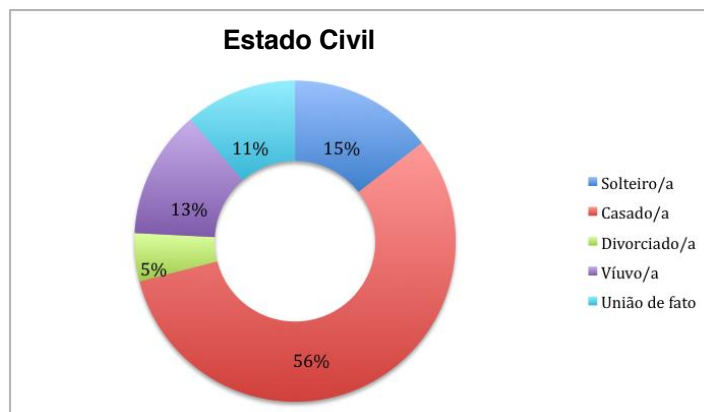


Gráfico 2 - Distribuição por estado civil

Profissão

O gráfico de distribuição dos inquiridos por profissão, revela que a maioria (61%) dos utentes intervencionados fazem parte da população ativa, sendo a maioria (42%) trabalhadores por conta de outrem embora seja significativa a percentagem de reformados (39%), estando relacionada com a idade dos utentes que ocorrem a esta Unidade.



Gráfico 3 - Distribuição por profissão

Idade

A média de idades dos inquiridos ronda os 52,5 anos. Tendo que o mais novo dos inquiridos 18 anos e o mais velho 84 anos.

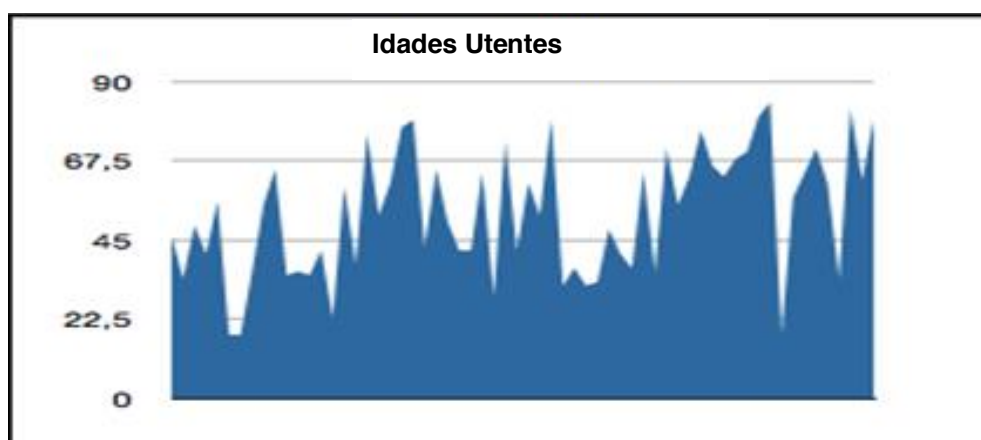


Gráfico 4 -Distribuição por idade

Grau de escolaridade

O gráfico de distribuição por grau de escolaridade dos inquiridos por revela que todos os utentes frequentaram a escola, a maioria (40%) dos utentes intervencionados na UCA têm como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico e apenas 10% frequentaram o ensino superior

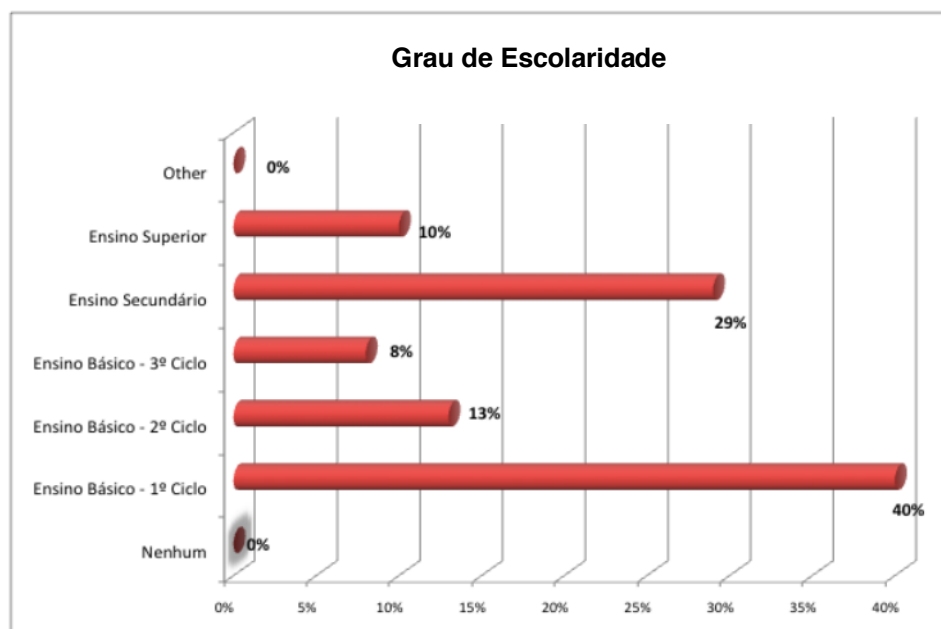


Gráfico 5 - Distribuição por Grau de Escolaridade

Local de residência

O gráfico de distribuição por local de residência dos inquiridos por revela que a maioria (69%) dos utentes intervencionados reside em Setúbal.

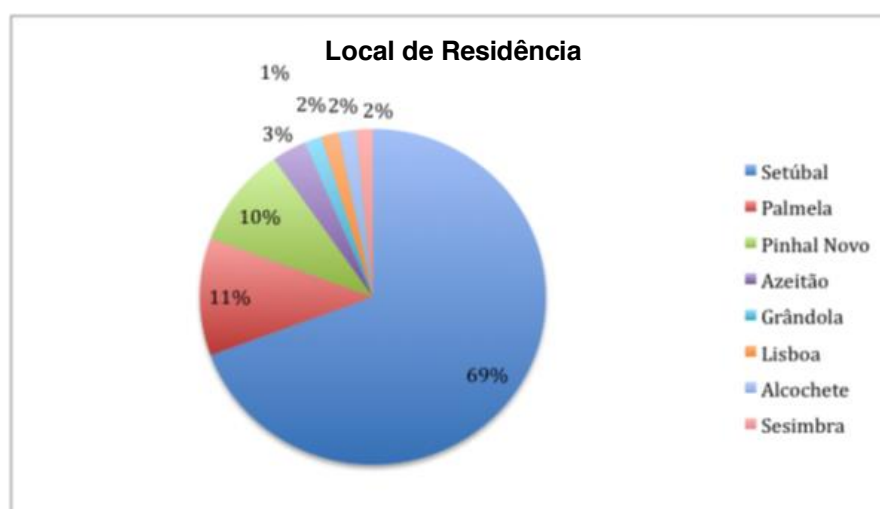


Gráfico 6 - Distribuição por local de residência

Intervenção cirúrgica

O gráfico de distribuição por intervenção revela que a maioria dos inquiridos foi intervencionado à extração de cataratas por facoemulcificação (29%), em segundo lugar temos a laqueação tubária bilateral (10%).



Gráfico 7 - Distribuição por intervenção cirúrgica

Especialidade cirúrgica

O gráfico de distribuição por especialidade revela que oftalmologia (30%) foi a especialidade com mais utentes intervencionados, seguida da cirurgia geral (25%). A especialidade com menos produtividade foi a gastroenterologia com apenas um 1%.



Gráfico 8 - Distribuição por especialidade cirúrgica

Informações Sobre o Acompanhante

Acompanhante do utente

O gráfico de distribuição por acompanhante do utente, revela que a maioria (47%) dos utentes veio acompanhada pelo cônjuge.

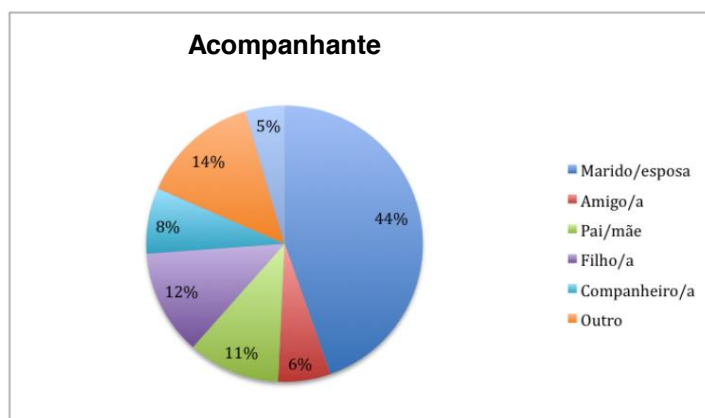


Gráfico 9 - Distribuição por acompanhante do utente

Idade do acompanhante

O gráfico de distribuição por idade do acompanhante, revela que a média de idades do acompanhante ronda os 52,8 anos. Tendo que o acompanhante mais novo 25 anos e o mais velho 77 anos.

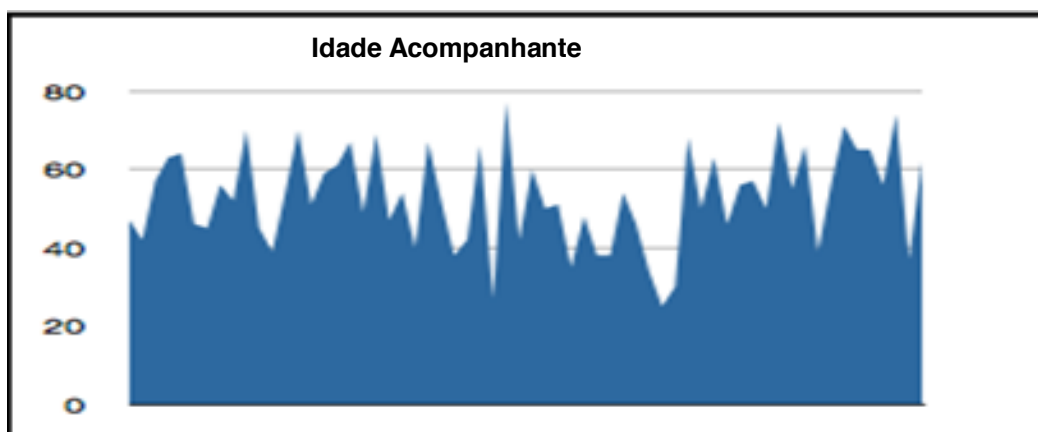


Gráfico 10 - Distribuição por idade do acompanhante

Grau de escolaridade do acompanhante

O gráfico de distribuição por grau de escolaridade do acompanhante dos utentes revela que todos frequentaram a escola, a maioria (35%) têm como habilitações literárias o 1º ciclo do ensino básico, 26% frequentaram o ensino secundário e 18% o ensino superior.

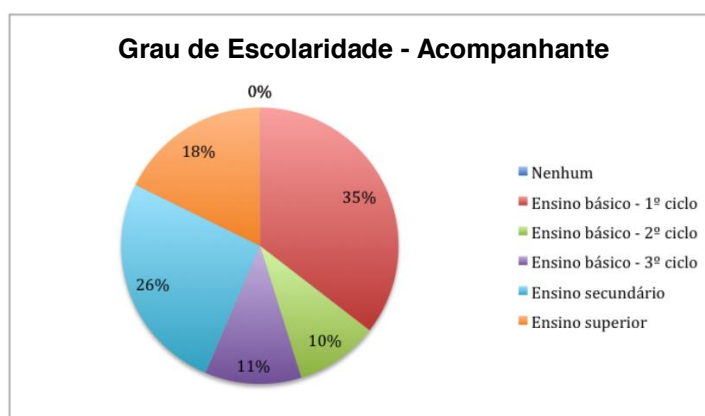


Gráfico 11 - Distribuição por grau de escolaridade do acompanhante

Inquérito 24h (2ª parte do inquérito - via telefone)

Os enfermeiros explicaram-lhe o que fazer em caso de surgirem complicações?

Quando os inquiridos foram contactados telefonicamente no dia seguinte à cirurgia, todos (100%) responderam afirmativamente que os enfermeiros tinham explicado o que fazer em caso de surgirem complicações.

Numa escala de 1 a 5, em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil como avalia a importância desta informação?

Quando foram inquiridos sobre como avaliavam a importância destas informações, 42% consideraram-na extremamente útil, 48% muito útil e 10% útil.

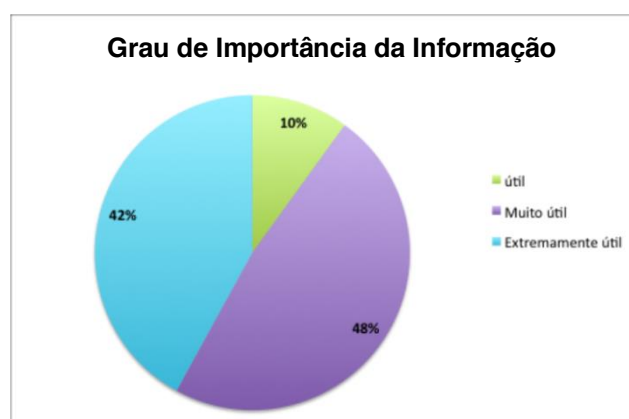


Gráfico 12 - Distribuição por grau de importância da informação

Penso cirúrgico

Existe prescrição de penso?

Apenas 27% dos utentes intervencionados, tinham indicação para prescrição de penso.



Gráfico 13 - Distribuição sobre a indicação de prescrição de penso

Os enfermeiros explicaram-lhe os cuidados a ter em relação ao penso?

Foi perguntado aos 17 utentes (27%) que tinham prescrição de penso se os enfermeiros lhes explicaram os cuidados a ter em relação ao penso, tendo todos respondido afirmativamente.

A informação dada pelos enfermeiros em relação aos cuidados a ter com o penso, como classifica numa escala de 1 a 5? (em que 1 significa nada útil e 5 extremamente útil).

Quando foram inquiridos sobre como avaliavam a importância desta informação, 18% consideraram-na extremamente útil, 65% muito útil e 64% muito útil e 18% consideraram útil.



Gráfico 14 - Classificação da informação em relação aos cuidados a ter com o penso

Complicações com o penso

Dos inquiridos que tinham penso apenas 6% tinha o penso repassado e 6% tinham descolado. 94% não apresentavam complicações em relação ao penso

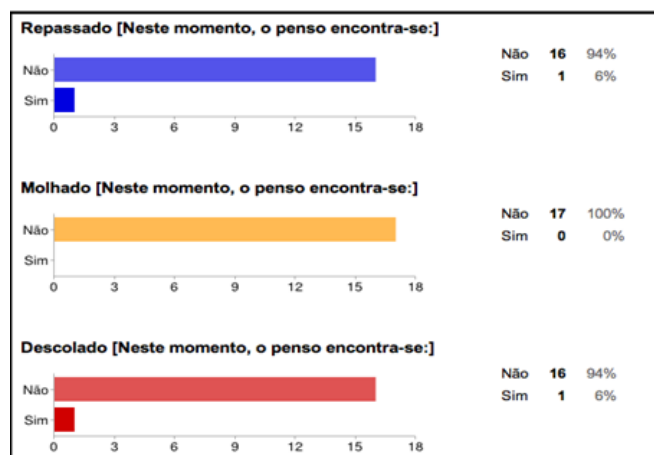


Gráfico 15 - Complicações relativamente ao penso

Dor

Foi fornecido protocolo de analgesia?

Apenas 61% dos utentes levou protocolo analgésico.



Gráfico 16 - Distribuição por fornecimento do protocolo de analgesia

Se sim, qual?

Dos protocolos existentes, a mais prescrito (50%) prescrita foi o protocolo A.1.3. (paracetamol 1gr 6h/6h; metamizol 525 mg. 6h/6h).

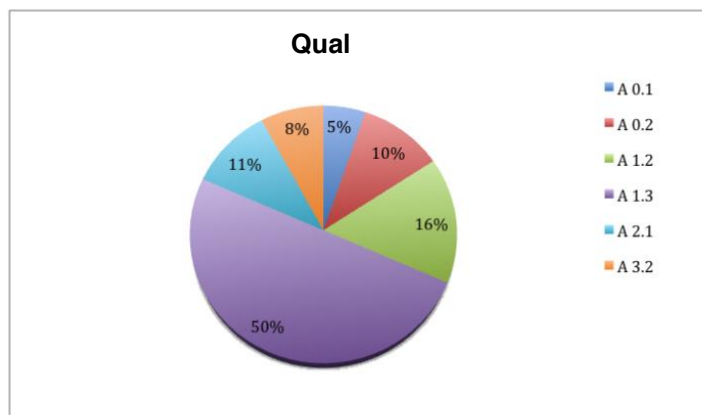


Gráfico nº 17 - Representação gráfica da distribuição por protocolo de analgesia

Os enfermeiros explicaram-lhe como tomar a medicação para as dores?

Todos os inquiridos que levaram protocolo de analgesia, referem que os enfermeiros explicaram como o tomar.

Tem dores? (Numa escala de 0 a 10 em que o 0 é totalmente sem dor e 10 a dor máxima)

48% dos inquiridos, revelam ausência de dor que no momento do contacto telefónico; 42% revela dor ligeira e apenas 10% dor moderada.

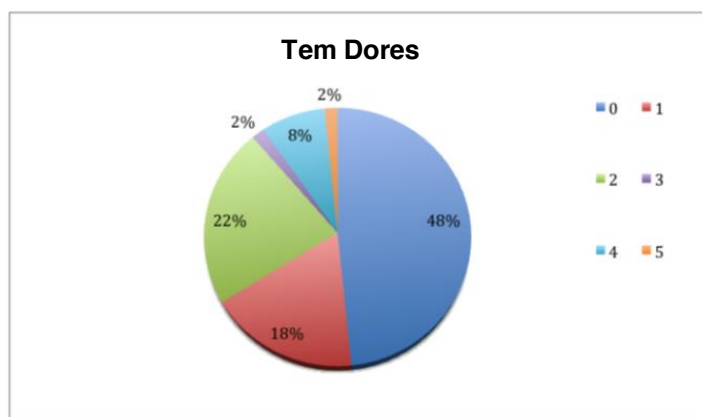


Gráfico 18 - Distribuição por avaliação da dor

Relativamente à informação que os enfermeiros lhe deram sobre como tomar a medicação para as dores numa escala de 1 a 5, como a classifica (em que 1 significa nada útil e 5 extremamente útil)

Dos 38 utentes que levaram protocolo analgésico, 26% acha que a informação prestada pelo enfermeiro foi extremamente útil, 58% considera que a informação foi muito útil e apenas 16% a considera útil.

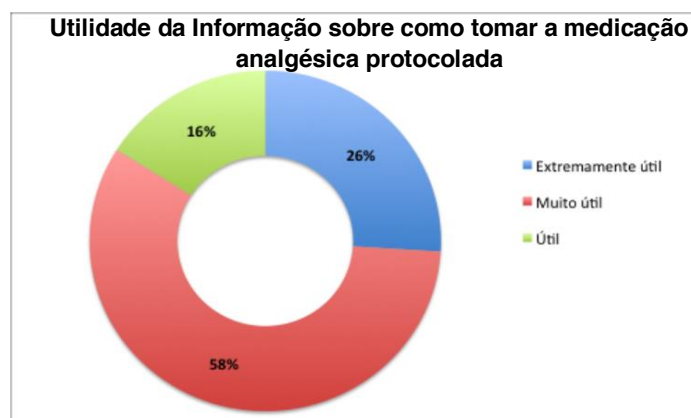


Gráfico 19 - Classificação da informação em relação a como tomar medicação analgésica protocolada

Desde que se encontra em casa, tem estado bem disposto?

92% dos inquiridos respondeu que desde que se encontram em casa estão bem dispostos e 8% revelam que não.

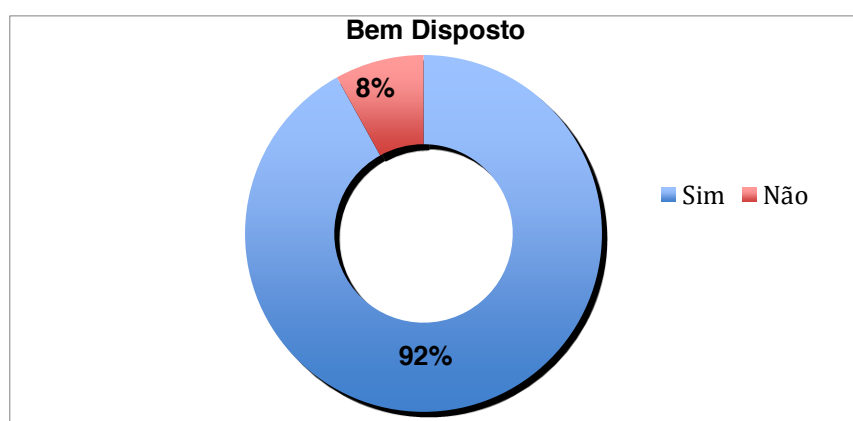


Gráfico 20 - Classificação do estado

Se não esteve bem disposto após a alta, teve

Dos 8% que não estavam bem dispostos foi-lhes perguntado, sobre o que tinha sucedido, tendo 60% respondido que tinha tido náuseas com vômito á chegada a casa e 40% tinha apenas tido náuseas nesse mesmo período.



Gráfico 21 - Classificação do estado

Em relação à informação sobre os cuidados a ter após a alta, numa escala de 1 a 5, como a classifica? (em que 1 nada útil e o 5 extremamente útil)
Náuseas e vômitos

58% dos inquiridos revelou que a informação fornecida pelo enfermeiro foi muito útil, 34% considerou-a útil e 8% extremamente útil.

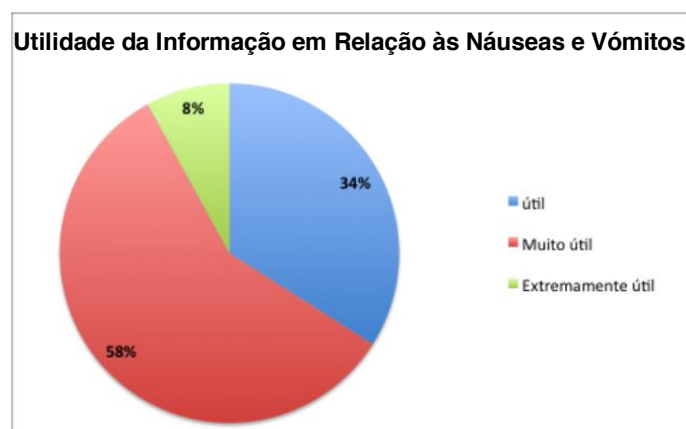


Gráfico 22 - Classificação da informação em relação às náuseas e vômitos

Alimentação

58% dos inquiridos revelou que a informação fornecida pelo enfermeiro foi muito útil, 32% considerou-a útil e 10% extremamente útil.



Gráfico nº 23 - Classificação da informação em relação à alimentação

Cuidados de higiene

50% dos inquiridos revelou que a informação fornecida pelo enfermeiro foi muito útil, 31% considerou-a extremamente útil, 18% útil e 1% nada útil

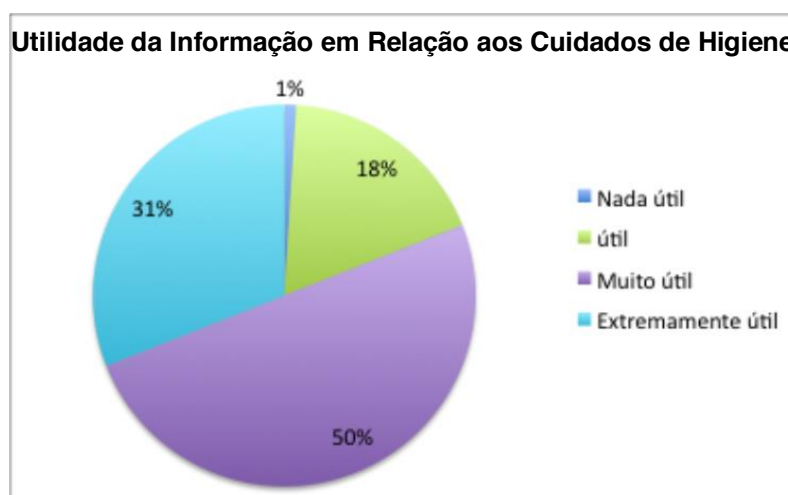


Gráfico 24 - Classificação da informação em relação aos cuidados de higiene

Atividade Física

41% dos inquiridos revelou que a informação fornecida pelo enfermeiro foi extremamente útil, 44% considerou-a muito útil e 15% útil.



Gráfico 25 - Utilidade da Informação em Relação à Atividade Física

Modo geral

45% dos inquiridos revelou que a informação fornecida pelo enfermeiro foi extremamente útil, 41% considerou-a muito útil, 14% .

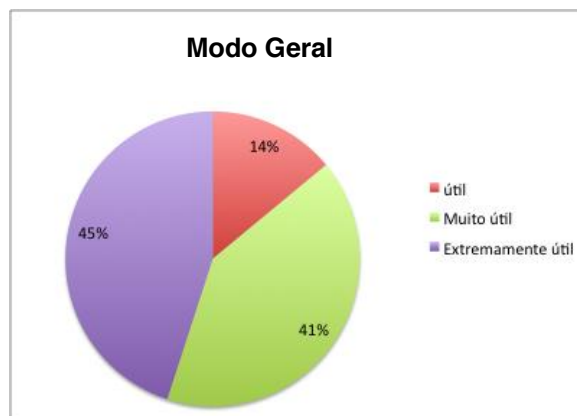


Gráfico 26 - classificação de um modo geral da informação dos cuidados após a alta

Os enfermeiros...

Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante, explicando a situação e como o poderiam ajudar?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

Preocuparam-se em saber se compreendeu bem, o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

Essas informações escritas ajudaram-no a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

Essas informações escritas ajudaram o seu acompanhante a lembrar-se dos cuidados a ter após a alta?

Todos os inquiridos responderam afirmativamente a esta questão.

De um modo geral qual o seu grau de satisfação em relação às informações dos cuidados a ter em casa depois de operado?

87% Inquiridos revelaram estar bastante satisfeitos e 13% declarou estar satisfeito.

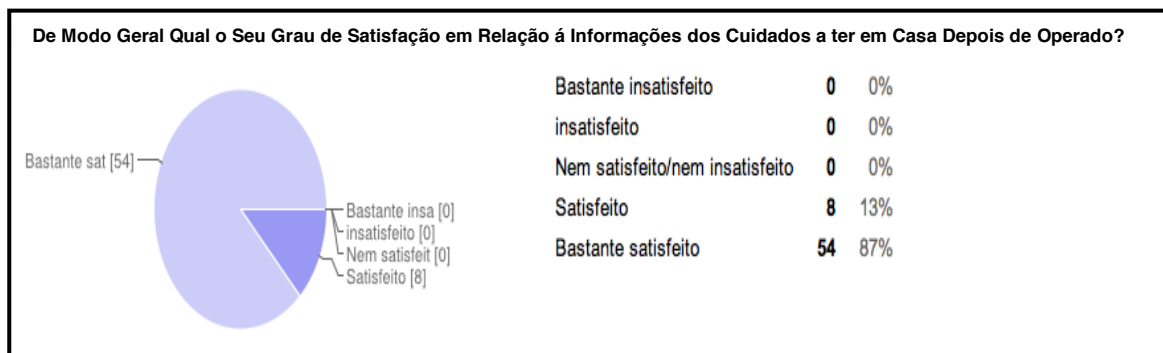


Gráfico 27 - Em relação ao grau de satisfação em relação á informação prestada

Tem alguma dúvida, questão ou sugestão que queira colocar?

Quando foram inquiridos sobre se tinham alguma dúvida ou sugestão 74% responderam que não e 26% que sim. Dentro das dúvidas: 25% referiram “Não tenho dores Posso deixar de tomar a medicação?” e 75% perguntaram “Porque vêm todos os doentes à mesma hora? A espera provoca ansiedade”. Em relação às sugestões: 100% das sugestões foram “Continuem assim. Serviço muito organizado, explicam muito bem. Continuem assim.”

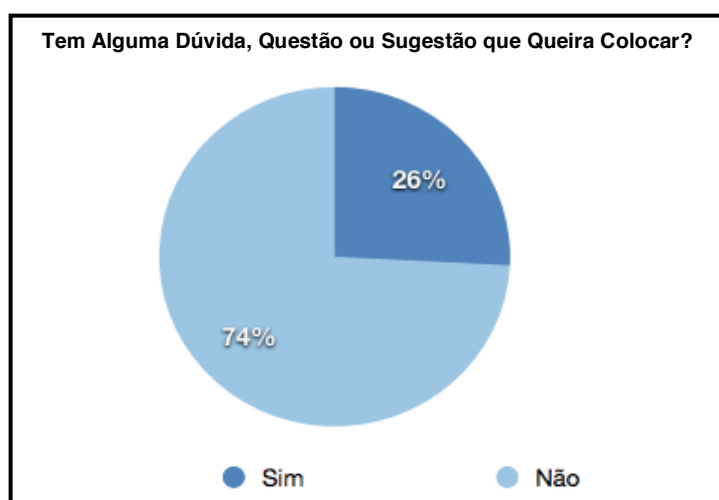


Gráfico 28 - dúvidas e sugestões

Depois de ter alta foi necessário recorrer ao serviço de urgência, ou a outro serviço?

Todos os inquiridos responderam que não tiveram necessidade de recorrer a outro serviço.

Gostaria de voltar a ser contactado por nós?

Quando foram inquiridos sobre se gostariam de voltar a ser contactados por nós, 92% referiu que não, mas se houvesse necessidade entrariam em contacto connosco, 6% referiu que sim, “para haver um seguimento da evolução, da recuperação. 2% referiu que não havia necessidade de voltarmos a contactar.

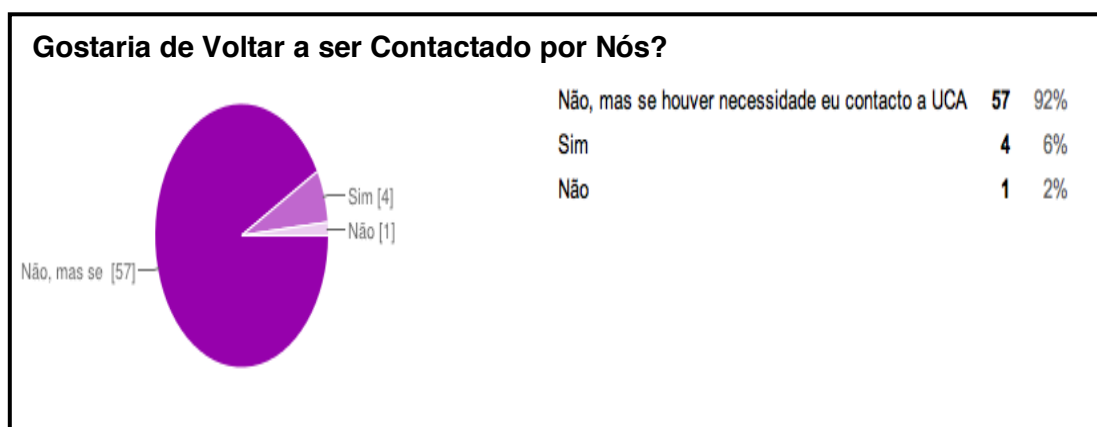


Gráfico nº 29 - Necessidade de novo contato

Após, a apresentação, análise e interpretação dos dados, no passo seguinte apresentamos as conclusões.

2.6.2.- Síntese dos resultados

Dos inquiridos, 55% eram do sexo feminino, e tinham a média de idades de 52,5 anos. Relativamente ao grau de escolaridade, constatou-se que 53,33% (16) dos utentes eram detentores do 4o. Ano. Verificou-se ainda, no que respeita ao estado civil, a maioria (56%) eram casados. Em relação ao acompanhante, 44% vieram acompanhados pelo cônjuge, sendo a média de idades dos mesmos de 52,8 anos e 35% têm como habilitações literárias o 1º ciclo.

De acordo com a análise das dimensões que permitiram avaliar a satisfação dos utentes, os resultados mais relevantes foram os seguintes:

Em relação á questão levantada “Estará o utente satisfeito com a informação prestada?”, 87% inquiridos revelaram estar bastante satisfeitos e 13% declarou estar satisfeito, o que revela um grau de satisfação bastante elevado em relação à informação prestada.

Em relação à questão “Será que a informação prestada foi útil?”, de um modo geral a maior parte dos inquiridos (48%) revelaram que a informação fornecida pelo enfermeiro foi extremamente útil, 42% considerou-a muito útil, 10% útil, o que revela um grau de satisfação elevado em relação á utilidade da informação.

Quando foi perguntado se “a informação escrita fornecida será útil para a continuidade dos cuidados?”, todos os inquiridos responderam afirmativamente.

Em relação à questão “Será que a informação fornecida é perceptível?”, todos os inquiridos responderam que sim, o que mostra o cuidado dos enfermeiros em utilizarem linguagem adequada e disponibilidade em repetir a informação sempre que necessário.

Quando inquiridos em relação “Será que os enfermeiros procuraram em envolver o seu acompanhante, na continuidade dos cuidados?”, todos os utentes responderam que sim.

Em relação à questão se “Existem complicações pós-operatórias?”, no inquérito telefónico” das 24h, apenas uma pequena parte revelam que : tinham o penso repassado (6%) e o penso descolado (6%), em relação à dor a grande maioria dos utentes apresentava dor leve (42%) e 10% dor moderada, houve um episódio de náuseas e um episódio de náuseas com vómitos (8%) mas, nenhum dos inquiridos necessitou recorrer ao serviço de urgência ou a qualquer outro serviço, pois sabiam como atuar.

O foco de atenção do enfermeiro perioperatório deve incidir sobre as necessidades do utente e acompanhante. Desta forma a informação prestada pelo enfermeiro, tem que fazer sentido para que ambos a apreendam e utilizem.

Em síntese, pudemos concluir que os enfermeiros da UCA X, fornecem a informação adequada aos utentes questionados, dado que estes apresentam graus de satisfação bastante elevados e revelam uma percentagem mínima de complicações, e mostram saber o que fazer quando estas se manifestam. O que nos leva a concluir que o foco de atenção destes enfermeiros perioperatório incidu sobre as necessidades do utente e acompanhante.

3 – ANÁLISE DAS COMPETÊNCIAS

Este capítulo é o resultado da análise reflexiva das competências esperadas para o enfermeiro mestre em enfermagem perioperatória, o que subentende a articulação com o desenvolvimento das competências adquiridas em contexto clínico de enfermagem perioperatória.

Segundo o guia do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem Perioperatória, o *“ciclo de estudos conducentes ao grau de Mestre em Enfermagem Perioperatória, no respeito pelo estipulado em geral, no ensino politécnico, para o grau de mestre, pelo no 4 do artigo 15º do Decreto-Lei n.º 74/2006, de 24 de Março, alterado pelos Decreto-Lei no 107/2008 de 25 de Julho e Decreto-Lei no 230/2009 de 14 de Setembro, visa o desenvolvimento das seguintes competências:*

- 1) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.*
- 2) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*
- 3) Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.*
- 4) Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.*
- 5) Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.”* (Escola Superior de Saúde,

Departamento de Enfermagem, Instituto Politécnico de Setúbal Parceria com a Associação dos Enfermeiros de Salas de Operação Portugueses, 2012,p. 6-7).

De seguida iremos confrontar as competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio. Procuraremos também explicar como neste percurso fortalecemos algumas das competências e evidenciar o domínio da nossa intervenção: “a informação prestada pelo enfermeiro no pós operatório em contexto de cirurgia ambulatória”.

1) Demonstra conhecimentos e capacidade de compreensão no domínio da enfermagem perioperatória em aplicações originais, incluindo em contexto de investigação.

Enquanto enfermeiros defendemos que a nossa evolução e satisfação, tem que passar por um processo progressivo de aquisição de conhecimentos e pela compreensão dos mesmos.

Ao elaborarmos este relatório, através de pesquisa bibliográfica construímos um referencial teórico que serviu de suporte ao nosso projeto de intervenção, realizado em Estágio. Como tal, propusemo-nos investigar “a satisfação do utente em relação à informação prestada pelo utente em contexto de cirurgia ambulatória”. A informação prestada ao utente é uma atividade autónoma do enfermeiro, é da sua responsabilidade o conteúdo e a forma como é transmitida. A informação transmitida ao utente e acompanhante, trata-se de um critério de qualidade, que todos referem como fundamental para o sucesso da intervenção cirúrgica, mas que poucos se importaram em a avaliar.

De seguida iremos confrontar esta competência inerente ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio.

a) Conhece as especificidades dos cuidados de Enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas

As competências do enfermeiro perioperatório, assumem elevados níveis de exigência devido à multiplicidade e complexidade de técnicas cirúrgicas e anestésicas; à multiplicidade de especialidades cirúrgicas e aos cuidados de enfermagem inerentes às mesmas. Este facto, exige ao enfermeiro perioperatório uma actualização teórica e prática exaustiva e constante, pois só assim poderá prestar cuidados de enfermagem de qualidade ao utente. Esta preocupação deve estar presente nos enfermeiros que exercem funções neste contexto. Segundo, HONORÉ (2004) *“quanto mais uma prática de cuidar é tecnicista, mais atenção se deve dar à qualidade da produção dos actos”*(p.204).

No decorrer do estágio, mantivemos esta preocupação sempre presente. A escolha de uma UCA, revelou-se uma excelente escolha para atingir esta competência, dado que existem várias especialidades cirúrgicas: oftalmologia, cirurgia geral, estomatologia, urologia, cirurgia plástica.

Em cirurgia de ambulatório, temos que conhecer todas as especificidades dos cuidados de enfermagem inerentes às especialidades cirúrgicas durante todo o período perioperatório.

Durante o estágio, acompanhámos o utente e acompanhante (em todas as especialidades cirúrgicas), na UCA, durante os períodos pré (enfermeira acolhimento), intra (enfermeira anestesia, circulante e instrumentista) e pós operatórios (enfermeira recobro tardio) e realizamos todas as atividades inerentes às competências necessárias neste contexto.

Em contexto de cirurgia ambulatória, quando prestamos informações ao utente e acompanhante, no pré e no pós operatório, temos que conhecer muito bem todos os procedimentos inerentes a todas as especialidades cirúrgicas, pois só assim conseguiremos que a informação prestada, faça sentido para o utente e acompanhante. de forma a capacitarmos os indivíduos a tomar as suas próprias decisões e assim, obter os melhores resultados em termos de saúde.

b) Descreve a organização do contexto perioperatório

O Bloco operatório é uma unidade orgânica, funcional constituída por um conjunto de meios: físicos, humanos e técnicos, com o objetivo de prestar

cuidados cirúrgicos à pessoa, tendo como finalidade preservar a saúde antes, durante e após a cirurgia. (AESOP, 2011, p.1).

São instalações do BO o conjunto de salas de operações e estruturas adjacentes, que se consideram integradas em três áreas de acessibilidade diferentes:

Área livre – Área de acesso livre, é permitida a circulação sem farda própria do BOC – Zona de entrada e recepção de doentes, vestiários e zona de recepção de sujos.

Área semi – restrita – Área envolvente das salas operatórias, onde circula o doente, todos os profissionais do BO e o material contaminado, devendo-se utilizar o fardamento próprio, touca, mas não necessita de máscara – Corredores periféricos, salas de arrumos, farmácia, secretariado, sala de relatórios, sala de estar e repouso, salas de chefia, sala de reuniões, Unidade de Cuidados pós Anestésicos (UCPA), e áreas adjacentes do Ambulatório.

Área restrita – Área de acesso limitado, sendo obrigatório o respeito pelas normas de assepsia e controle universal de infecção. É obrigatório o uso de máscara – Corredor central e salas operatórias.

O BO, no nosso local de estágio, é constituído por seis salas operatórias, quatro funcionam com cirurgia programada convencional, uma sala de urgência e uma sala para cirurgia de Ambulatório.

Existe uma sala de pré-anestesia para cada duas salas de cirurgia convencional, excepto a sala de urgência e ambulatório, que tem sala de pré-anestesia individual.

Por fim temos a UCPA, com ocupação de seis camas, onde os doentes permanecem durante o tempo necessário pós intervenção anestésico/cirurgia, sendo posteriormente transferidos para o serviço de internamento/urgência.

A unidade de cirurgia do Ambulatório (UCA) funciona nas instalações do BO com coordenação distinta. Tem uma unidade de Recobro imediato com três camas para doentes submetidos a anestesia, e uma unidade de Recobro Tardio

para recuperação pós cirurgia e posterior alta para o domicílio e em situações pontuais internamento nos serviço (pernoita).

A complexidade do serviço, aliada ao avanço científico-tecnológico exige longos períodos de integração, por parte do enfermeiro recém-chegado, para que fique dotado do máximo de competências possíveis e necessárias para uma prestação de cuidados específicos e de excelência, nas três fases do percurso cirúrgico – pré-operatório, intra-operatório e pós-operatório.

Como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro de Bloco Operatório tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de:

- Enfermeiro de Anestesia;
- Enfermeiro Circulante;
- Enfermeiro Instrumentista;
- Enfermeiro da UCPA.

Concordamos na integra com Bilbao (2013), quando esta afirma numa entrevista, que:

“Os enfermeiros no bloco operatório são como os músicos de uma orquestra, sem eles não existe processo. Não querendo com esta afirmação dizer que os solistas não são importantes ou que o maestro não é necessário; o que quero afirmar é que são a base de toda a organização do ambiente perioperatório: logística; suporte dos cuidados de saúde; garantia da segurança de doentes e profissionais; controlo de infeção; da comunicação interdisciplinar; de ensino e informação à família.” (HDF, 2013).

c) Adequa os cuidados a cada pessoa, na especificidade do seu contexto de trabalho

Segundo a AESOP o “enfermeiro perioperatório tem como função identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais do doente/família, por em pratica um plano de cuidados individualizados que coordene as ações de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a

fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem estar do indivíduo, antes durante a cirurgia.” AESOP (2011, p.4)

Como enfermeiros perioperatórios, temos que ter sempre presente que cada pessoa que cuidamos é única. Por isso, temos que estar habilitados para, realizarmos diagnósticos, planejarmos cuidados individualizados e executá-los de acordo com a pessoa que vamos cuidar e não de acordo com os profissionais de saúde ou intervenções cirúrgicas.

Segundo EORNA (1996) *“Os indivíduos submetidos a cirurgia invasiva ou procedimentos anestésicos, têm o direito de serem cuidados por pessoal qualificado num ambiente seguro enquanto estiverem numa unidade perioperatória.*

Esse enfermeiro, experiente e qualificado, trabalhando numa equipa multidisciplinar, prestará cuidados com competência, mostrando conhecimentos baseados nas mais recentes pesquisas relacionadas com o Bloco Operatório e os cuidados perioperatórios.

A utilização sistemática de uma abordagem holística dos cuidados, deve manter a identidade e dignidade de cada indivíduo doente, sem prejuízo do seu estado de saúde, nacionalidade, credo, religião ou outras crenças.

O doente, familiares e outras pessoas significativas, têm o direito de receber informação necessária, bem como apoio emocional e físico que lhe permitam ultrapassar as fases dos cuidados perioperatórios.”

Durante o estágio fomos capazes de:

- Prestar cuidados globais à pessoa tendo em conta o respeito pela sua pessoa e os seus direitos;
- Garantir a segurança do utente, de acordo com os aspetos físicos, fisiológicos, éticos e morais;
- Demonstrar conhecimentos e utilizar estratégias promotoras de esperança realista;
- Facilitar a comunicação expressiva de emoções e a verbalização de dúvidas;

- Promover a adesão terapêutica, informando o utente de acordo com as suas necessidades. (AESOP, 2011, p.10).

No local eleito para a realização do estágio, a relação que se estabelece com o utente, acompanhante e enfermeiro é curta e rápida, desta forma desenvolvemos a capacidade de estabelecer relações de verdadeira confiança, num curto espaço de tempo, de acordo com a pessoa que se encontra perante nós.

d) Realiza as técnicas de enfermagem principais próprias das 4 áreas da enfermagem perioperatória – enfermagem de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos no cumprimento das regras de segurança próprias;

O enfermeiro perioperatório ao realizar as técnicas de enfermagem principais próprias das 4 áreas da enfermagem perioperatória – enfermagem de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos no cumprimento das regras de segurança próprias deve cumprir o Artigo 88º, Da excelência do exercício, que no Código Deontológico do Enfermeiro:

“O enfermeiro procura, em todo o acto profissional, a excelência do exercício, assumindo o dever de:

a) Analisar regularmente o trabalho efectuado e reconhecer eventuais falhas que mereçam mudança de atitude;

b) Procurar adequar as normas de qualidade dos cuidados às necessidades concretas da pessoa;

c) Manter a actualização contínua dos seus conhecimentos e utilizar de forma competente as tecnologias, sem esquecer a formação permanente e aprofundada nas ciências humanas;

d) Assegurar, por todos os meios ao seu alcance, as condições de trabalho que permitam exercer a profissão com dignidade e autonomia, comunicando, através das vias competentes, as deficiências que prejudiquem a qualidade de cuidados;

e) Garantir a qualidade e assegurar a continuidade dos cuidados das actividades que delegar, assumindo a responsabilidade pelos mesmos;

f) Abster-se de exercer funções sob influência de substâncias susceptíveis de produzir perturbação das faculdades físicas ou mentais.”
(O.E.,2005,p.133)

O enfermeiro perioperatório, segundo AESOP (2011) apresenta duas áreas distintas de intervenção:

“- Atividades de suporte – todas as relacionadas com: a segurança, prevenção da infeção, controlo da dor, manutenção da temperatura corporal e outras funções vitais, posicionamentos cirúrgicos, que são mensuráveis, visíveis e demonstráveis por resultados e que estão relacionadas com a tomada de decisão.

- Atividades de cuidar – são todas as relacionadas com o respeito, a individualização, a compreensão, o encorajamento e a ajuda, a “advocacia”, a motivação e o estímulo”.

Não podem ser observáveis e mensuráveis no imediato, mas que se refletem na satisfação dos doentes e na sua forma de enfrentar as situações de crise que qualquer doença e ou intervenção cirúrgica pressupõe.” (p.5)

Durante o estágio desenvolvemos competências nas 4 áreas da enfermagem perioperatória – enfermagem de anestesia, circulação, instrumentação e cuidados pós-anestésicos

Como membro da equipa multidisciplinar, o Enfermeiro Perioperatório tem funções independentes e interdependentes da restante equipa, nomeadamente as funções de enfermeiro: de anestesia, circulante, instrumentista, acolhimento e recobro tardio.

Durante o estágio desenvolvemos competências como:

Enfermeiro de acolhimento

1. Conhecemos o plano cirúrgico, se necessário, no caso de cirurgia de pernoita, confirmar a existência de vagas.
2. Demos indicação á secretária de Unidade para iniciar o procedimento de admissão administrativa.
3. Realizámos o acolhimento do utente no gabinete de consulta, aplicando os critérios de admissão constantes no regulamento interno da CAM1.
4. Efetuámos a chek-list na presença do acompanhante.

5. Encetamos o ensino de toda a preparação e todo o circuito do dia da operação, ao utente e acompanhante.
6. Monitorizámos Parâmetros Vitais, não invasivos (Tensão Arterial, Pulso, Oximetria, Glicemia Capilar).
7. Após confirmarmos: a proposta cirúrgica, o processo e validar com o utente/família. (se houver duvidas esclarecermos com o cirurgião), no caso de oftalmologia iniciámos a dilatação, segundo o protocolo; ao olho a ser intervencionado.
8. Comunicámos informações e/ou complicações, à equipa.
9. Após o acolhimento e avaliação do Médico Anestesiologista, demos indicação ao assistente operacional, para encaminhar o utente ao vestiário (se necessário pedir ajuda ao acompanhante).
10. Efetuámos a transferência do utente (na sala de recobro tardio), comunicando ao enfermeiro de anestesia:
 - Ocorrências pré-operatórias relevantes;
 - Proposta da intervenção cirúrgica a realizar;
 - Diagnósticos de enfermagem iniciais, e principais acções de enfermagem implementadas e sua evolução.
 - Ocorrências pré-operatórias relevantes;
 - Proposta da intervenção cirúrgica a realizar;
11. Planeámos os cuidados de enfermagem de forma a manter o fluxo do programa operatório.
12. Informámos o acompanhante, sempre que este solicite ou sempre que ache pertinente.
13. Colaborámos com o Enfermeiro do recobro tardio:
 - Na preparação do utente
 - Na realização dos inquéritos telefónicos.
14. Colaborámos com os enfermeiros da sala operatória

15. Consultámos programa e processos do dia seguinte, elabora diagnósticos de enfermagem de forma a planear os cuidados de enfermagem para o dia seguinte.

Consideramos que o acolhimento é uma ocasião única, tratando-se do início da relação enfermeiro-utente/família, em que a comunicação é um fator essencial. A forma como é realizado o acolhimento (ambiente calmo, disponibilidade, etc) conduzirá à desdramatização de todo este processo de transição que utente e acompanhante irão percorrer durante a estadia na UCA e à sua satisfação.

Assim, o enfermeiro de Acolhimento deverá adequar os cuidados de enfermagem às características e necessidades do utente/família, durante o período perioperatório.

Enfermeiro de Anestesia

Realizámos o acolhimento do utente;

Verificámos o funcionamento de todo o equipamento necessário à Anestesia;

- Preparámos os fármacos necessários para a anestesia, segundo indicação do Anestesista;
- Colaborámos com o Anestesista e realizamos procedimentos de Enfermagem durante a anestesia;
- Realizámos registos de Enfermagem em papel e por meio informático, com registo dos gastos (EKABAN);
- Colaborámos na transferência do utente para o recobro;
- Transmitimos informações orais e escritas que permitiram a continuidade dos cuidados.

Enfermeiro Circulante

- Verificámos o plano operatório e planeamos cuidados;
- Preparámos e testamos todo equipamento necessário à cirurgia;

- Colaborámos na preparação da mesa cirúrgica, cumprindo a técnica asséptica;
- Colaborámos no posicionamento do utente, tendo em conta a segurança do utente;
- Colaborámos com o Enfermeiro Instrumentista e restante equipa cirúrgica;
- Realizamos contagem de compressas, suturas e instrumentos segundo protocolo;
- Acondicionámos, rotulámos e providenciámos o envio de amostras cirúrgicas para laboratório;
- Preparámos material de penso e drenagem se necessário;
- Fizemos registos em papel e meio informático, nomeadamente preenchimento da folha de verificação de cirurgia segura e registo de consumíveis no programa EKABAN.
- Colaborámos na transferência do utente;
- Preparámos a sala para a cirurgia seguinte.

Consideramos que as competências desenvolvidas nesta função são a gestão e coordenação de todos os eventos do pré, intra e pós operatório. Existindo, ainda a responsabilidade de criar um ambiente seguro para o utente e equipa multidisciplinar.

Enfermeiro Instrumentista

- Preparámos instrumental cirúrgico e equipamento em conjunto com o Enfermeiro Circulante necessário aos procedimentos;
- Realizámos lavagem cirúrgica das mãos, vestimos bata e calçámos luvas;
- Preparámos a mesa cirúrgica;
- Colaborámos com a restante equipa cirúrgica;
- Colaborámos na preparação do campo operatório; Mantivemos a organização da mesa cirúrgica e técnica asséptica cirúrgica;
- Realizámos com segurança a passagem dos instrumentos cirúrgicos;
- Realizámos contagem das compressas, de instrumental cirúrgico e corto perfurantes;
- Realizámos a colocação de penso cirúrgico;
- Retirámos material da mesa cirúrgica e coloca em contentores próprios;

- Retirámos bata e luvas;
- Comunicámos aos Assistentes Operacionais os cuidados necessários a ter com material específico;
- Preparámos a sala para cirurgia seguinte.

Todas as intervenções desenvolvidas por nós, foram realizadas com exactidão, precisão e de forma consciente com o objetivo de garantir a segurança do utente no decorrer de todo o procedimento cirúrgico.

Enfermeiro Recobro Tardio

No período pós operatório, o enfermeiro perioperatório, deve ter sempre em consideração a especificidade das necessidades do utente, deve utilizar as suas competências de forma a promover a recuperação das funções vitais, de modo a prevenir complicações.

Na cirurgia ambulatória, o enfermeiro perioperatório deve ainda envolver o acompanhante e promover o auto cuidado.

Na área dos cuidados pós operatórios, fomentamos competências:

- Procedemos ao acolhimento do utente, recebendo toda a informação relativa à intervenção: às ocorrências intra-operatórias relevantes, ao procedimento cirúrgico e anestésico realizado, aos diagnósticos de enfermagem iniciais, à evolução durante a estadia nesta unidade e principais acções de enfermagem implementadas e sua evolução e ao estado do utente à saída;
- Procedemos à realização de acções de conforto e segurança do utente;
- Monitorizámos os parâmetros vitais na admissão, na alta e sempre que seja necessário e procedemos aos respectivos registos;
- Despistámos sinais de complicações;
- Providenciámos a ingestão de líquidos e sólidos, segundo regulamento interno;
- Avaliámos os critérios para a alta, segundo o regulamento interno da CAM1: a ausência/existência de dor; a avaliação da escala da dor aguda, o estado de consciência; as náuseas e vómitos; a tolerância alimentar; o

penso: para o despiste de sinais de hemorragia avaliar as condições para o domicílio, A eliminação vesical;

- Elaborámos os respectivos registos.
- Permitimos que o acompanhante permaneça junto ao utente, quando foi oportuno;
- Iniciámos acções de educação para a saúde de todo o plano terapêutico, esclarecendo dúvidas e participando activamente na preparação da alta, tais como:
 - Escutámos activamente os indivíduos e identificámos quais as suas convicções acerca da saúde;
 - Criámos uma relação de ajuda;
 - Criámos interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes;
 - Participámos com os indivíduos no processo de tomada de decisões;
 - Ajudámos a clarificar as escolhas à disposição dos utentes;
 - Desenvolvemos as nossas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
 - Conferimos autoridade quer a a próprios, quer aos utentes;
 - Conseguimos que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem. LASH (1990)
- 1. Transmitimos informações orais e escritas ao utente e familiar responsável, utilizando intervenções que permitam ajudar os utentes/ família a recordarem-se das informações prestadas, tais como (MARTIN et al (2010)
 - Falámos pausadamente em vez de “despejar” informação;
 - Não utilizamos linguagem técnica, que o utente/família não perceba;
 - Certificámo-nos que o estavam a compreender;
 - Conhecemos o nível de conhecimentos em saúde do utente e transmitir informações de forma adequada;
 - Entendemos que o utente ao receber um diagnóstico pode ser estar emocional perturbado o que pode impedir a sua capacidade de se lembrar de tratamento e as informações de acompanhamento;

- Proporcionámos conforto e segurança aos utentes para aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade de compreender e recordar as informações fornecidas;
- Fornecemos informações significativas, para que haja uma mudança nos comportamentos de saúde;
- Fizemos com que o utente/família compreendam os riscos e os benefícios da adesão aos cuidados;
- Estivemos atentos aos ideais de saúde do utente;
- Adaptámos e personalizámos a informação que é dada aos utentes;
- Não demos demasiada informação de cada vez;
- Colocámos a informação mais importante no início ou no final, enfatizando-a;
- Estimulámos o utente a tomar notas;
- Sugerimos e fornecemos auxiliares de memória (guias de ensino, mnemónicas, esquemas, etc.).
- Entregámos terapêutica em dose individualizada e demos informação sobre a posologia para o domicílio;
- Informámos o utente e acompanhante sobre os cuidados a ter no pós-operatório e entrega folhetos informativos por patologia;
- Informámos o utente e acompanhante sobre o inquérito às 24 horas;
- Esclarecemos dúvidas ao utente e acompanhante;
- Mantivemos o acompanhamento do utente e do familiar até à alta;
- Providenciámos a preparação da unidade para o próximo utente.
- Repusemos o material de consumo clínico e fármacos para o funcionamento diário;
- Comunicamos ao responsável, rupturas de stocks e ocorrências relevantes.
- Colaboramos com o Enfermeiro do acolhimento;
- Efectuamos os inquéritos das 24 horas;
- Comunicamos complicações, ao responsável do utente.
- Durante o estágio, consolidamos todas as competências perioperatórias.

e) Fundamenta as boas práticas a ter com os dm

No decorrer do estágio tivemos a possibilidade de aprofundar os nossos conhecimentos sobre os dispositivos médicos existentes: qual a sua função, como funcionam, se podem e como podem ser reprocessados.

O seu conhecimento e da sua destreza em utilizá-los, levou-nos a:

Um reconhecimento por parte dos seus pares;

- Minimizar gastos;
- Prevenir riscos,
- Diminuir tempos mortos;
- Poder de decisão,
- Aceitação das competências por parte dos outros profissionais de saúde;
- Respeito mútuo.

I) Discute aspetos relacionados com a segurança do cliente no perioperatório

A segurança do utente é fundamental em contexto perioperatório, como tal, é indispensável uma política de gestão de risco através da identificação, controlo, minimização, prevenção e avaliação de riscos. A existência de manuais de procedimentos, normas, aplicados aos: equipamentos, materiais, produtos nocivos, utentes e profissionais de saúde, minimizam a ocorrência de acidentes/incidentes.

No que respeita à segurança dos utentes, o enfermeiro perioperatório desempenha um papel fundamental na sua manutenção. O enfermeiro é o advogado do utente, prevenindo: comportamentos, procedimentos inadequados, falhas de comunicação, pessoal a trabalhar sem competências e conhecimentos, falta de supervisão e outras atitudes que possam potenciar a ocorrência de acidentes, como por exemplo:

- Queimaduras, provocadas por utilização incorreta do eletrobisturi;
- Quedas;
- Posicionamentos incorretos, que poderão levar a lesões;
- Má utilização dos garrotes pneumáticos, que poderão originar lesões;

- Quedas de equipamento;
- Ausência de supervisão;
- Incidentes anestésicos;
- Contaminação por quebra da técnica asséptica;
- Ausência ou má aplicabilidade da lista segura, que poderá levar a:
- Utente errado,
- Cirurgia errada,
- Local da cirurgia errado,
- Contagens (compressas, material cortoperfurante, instrumentos) incorretas.

A segurança é uma responsabilidade partilhada quer pelo funcionário quer pela entidade empregadora. Esta, tem a responsabilidade de promover um ambiente seguro para que o funcionário possa trabalhar em segurança. (AESOP, 2011, p.7-8).

No decorrer do estágio, mantivemos sempre presente atitudes e práticas para manter a segurança do utente, de forma a não ocorrerem acidentes.

m) Aplica medidas de controlo de infeção

Como enfermeiro perioperatório devemos conhecer o ambiente que o envolve de forma a controlar o risco de infeção.

A existência de microrganismos cada vez mais resistentes e patogénicos e a multiplicidade de atores e tecnologias leva a que o ambiente perioperatório seja mais complexo. Para limitar a possibilidade de ocorrerem infeções nasocomiais decorrentes do ato cirúrgico é necessário que existam barreiras que abarquem todos os elementos do ambiente, quer a nível do comportamento profissionais, quer a nível dos materiais e do seu reprocessamento.

Pretendemos com estas barreiras, alcançar um nível o mais elevado possível de assepsia. Para tal, existem um enorme número de ações que tem que ser postas em prática para atingir essa meta.

Para tal, impõe-se que o enfermeiro conheça “*o ciclo geral da transmissão dos microrganismos, aplique as precauções universais e cultive uma consciência cirúrgica e pratique os princípios da técnica asséptica*” (AESOP, 2011, p.9).

Sendo que, os microrganismos são confinados através do uso de barreiras e eliminados pela utilização de agentes químicos ou outros.

Como barreiras, utilizamos, os seguintes procedimentos:

- Lavagem cirúrgica das mãos;
- Lavagem higiénica das mãos;
- Barreiras protetoras: luvas, viseiras, máscara, bata.

Em relação ao processamento dos materiais, como enfermeiros perioperatórios, devemos conhecer conceitos elementares, tais como:

Sabermos o que é desinfeção e esterilização;

- Conhecermos o nível adequado de desinfeção;
- Conhecermos os agentes de desinfeção e a sua aplicação;
- Conhecermos os processos de esterilização;
- Monitorizarmos e documentarmos a esterilização (AESOP, 2011, p.9).

Durante a realização do nosso estágio, aplicamos todas as recomendações em relação à utilização de barreiras e utilizamos os nossos conhecimentos sobre o processamento de materiais. Demonstramos, que independentemente do controlo efetuado, os nossos valores de ética profissional levam-nos a uma prática clínica de excelência, promovendo sempre que necessário medidas preventivas em situações de quebra de assepsia.

Dado que no local de estágio o número de utentes é superior ao número instrumental existente, foi necessário gerir o reprocessamento do instrumental de forma a não comprometer o programa cirúrgico, mantendo sempre os níveis de qualidade exigidos em termos de reprocessamento. Para tal, no início do programa operatório, era realizado o diagnóstico das necessidades, as quais eram comunicadas à central de esterilização de forma a que a resposta deste serviço fosse eficaz.

No decorrer do estágio, cumprimos e fizemos cumprir os procedimentos estabelecidos na prevenção e controlo de infeção. Avaliámos práticas e documentámos as medidas de prevenção e controlo de infeção.

2) Aplica os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Segundo o Artigo 91º- **Dos deveres para com outras profissões** - do Código Deontológico do Enfermeiro, este “como membro da equipa de saúde, assume o dever de:

- a) Actuar responsavelmente na sua área de competência e reconhecer a especificidade das outras profissões de saúde, respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma;
- b) Trabalhar em articulação e complementaridade com os restantes profissionais de saúde;
- c) Integrar a equipa de saúde, em qualquer serviço em que trabalhe, colaborando, com a responsabilidade que lhe é própria, nas decisões sobre a promoção da saúde, a prevenção da doença, o tratamento e recuperação, promovendo a qualidade dos serviços.” (O.E., 2005, p.145).

Ao interiorizarmos que a Cirurgia Ambulatória tem como premissas a segurança e a qualidade e que o um dos pontos fundamentais para o seu êxito é a organização esmerada da unidade, assim como, uma equipa multidisciplinar experiente, qualificada e motivada.

Esta curta estadia do utente no hospital impõe-nos, enquanto enfermeiros perioperatórios aplicar os nossos conhecimentos, capacidade de compreensão e resolução de problemas, durante o período pré-operatório (que inclui: a consulta pré-anestésica, o acolhimento e a preparação do utente no dia da cirurgia), intra-operatório (informação ao acompanhante) e pós-operatório (preparação para a alta), promovendo uma relação de confiança e segurança com o utente/família estimulando o envolvimento dos acompanhantes de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta, visando o sucesso de todo este processo.

Assim, identificamos todas as necessidades do utente e acompanhante, de forma a proporcionar todas as condições para que estes alcancem novos conhecimentos e alterem comportamentos, que levem à promoção, restauração e facilitação da saúde.

De seguida iremos confrontar esta competência inerente ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio.

f) Fundamenta a tomada de decisão complexa nos cuidados perioperatórios

De acordo com a O.E (2010), o enfermeiro «*Demonstra um exercício seguro, profissional e ético utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio éticodeontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente*». A O.E (2001) refere ainda que “a tomada de decisão do enfermeiro implica uma abordagem sistémica e sistemática”.

Sempre que tomamos uma decisão esta vai reflectir-se em alguém: utentes, familiares, enfermeiros, cirurgiões, anestesistas, assistentes operacionais, ou outros profissionais, no nosso local de trabalho ou noutros serviços. Como tal, primamos por tomar decisões fundamentadas em práticas baseadas na evidência, em normas, em procedimentos. De forma, a que não existam dúvidas e sejam aceites por toda a equipa.

As competências que desenvolvemos durante o estágio, ajudaram-nos a fundamentar as nossas práticas, levaram-nos ao reconhecimento, no seio da equipa, como um elemento proactivo, desta forma, as nossas decisões tornam-se consensuais pois, são tomadas de forma fundamentada.

g) Comunica eficazmente no seio da equipa multidisciplinar

Segundo AESOP esta competência tem como objetivo “*habilitar o enfermeiro a facilitar todos os tipos de comunicação com o doente/família e equipas de saúde multidisciplinar*”. Desde sempre que o nosso comportamento revelou orgulho e respeito por nós e pelos outros. O nosso comportamento sempre se conduziu de acordo com as normas estabelecidas. Primamos por atuar com eficácia na receção e distribuição da informação, para que não existam trocas a nível da comunicação e o resultado não seja o esperado, utilizando se necessário diversas técnicas de comunicação e instrumentos. Identificamos

necessidades dos utentes e comunicamos de forma efetiva à equipa. (AESOP, 2006).

q) Aplica conhecimentos sobre trabalho de equipa

Em CA temos que ter sempre presente o trabalho em equipa. Enfermeiros, utentes, acompanhantes, cirurgiões, anestesistas, assistentes operacionais, secretariado, são todos parceiros durante todo este processo e para que os resultados do mesmo sejam positivos. Desenvolvemos um trabalho de equipa com utentes e acompanhantes, ao informá-los de forma adequada e significativa de forma a mantermos a continuidade dos cuidados. A CA não poderia ter o sucesso que tem, se todos os envolvidos não tivesse o mesmo objetivo. Ao avaliarmos a qualidade estamos a avaliar a capacidade de todos trabalharmos em equipa. O estudo da avaliação nunca poderia ter sido realizado, sem a colaboração de toda a equipa de enfermagem. Este relatório é o resultado do trabalho em equipa.

3) Integra conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, próprias da enfermagem perioperatória, na previsão das consequências científicas, éticas, deontológicas e jurídicas das suas decisões e das suas ações.

Defendemos que a prática de enfermagem, envolve uma abordagem sistémica e sistemática e que a sua boa prática está ligada aos princípios Humanistas: respeito pelos valores, costumes, religiões e todos os demais previstos no Código Deontológico.

Em CA, as necessidades dos utentes e acompanhantes são complexas e obrigam a um grande conhecimento científico, ético, deontológico e jurídico por parte do enfermeiro pois só assim poderá fundamentar as suas práticas. A avaliação dessas necessidades implica uma tomada de decisão clínica, autónoma e segura, fundamentada em premissas de “*natureza científica, técnica, ética, deontológica e jurídica*” (DEODATO, 2008, p.27).

A etapa de identificação do problema é fundamental para o decorrer da

tomada de decisão em enfermagem, que se subentende suportada nos princípios éticos (Autonomia, Justiça, Beneficência e Não Maleficência) e nos valores profissionais inscritos no Código Deontológico do Enfermeiro, especificamente no respeito pelos direitos do Homem, na responsabilidade social e na excelência do exercício profissional (DEODATO, 2008, p.31).

Quando exercemos funções numa UCA, todos os dias lidamos com pessoas diferentes que requerem cuidados de enfermagem individualizados, no entanto, a nossa forma e modo de agir devem respeitar um conjunto fundamental de princípios, que orientam e mantêm a qualidade dos cuidados prestados (CAMPOS e GRAVETO, 2009). Estes princípios nascem a partir de uma contínua reflexão e do atual crescimento científico da enfermagem e do suporte jurídico ao exercício da mesma (DEODATO, 2008). Assim, de acordo com o artigo 78º do Código Deontológico do Enfermeiro que enuncia os valores principais e fundamentais da profissão, poderemos considerar a ética como indispensável às intervenções de enfermagem que têm como padrão a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa e do próprio enfermeiro (NUNES, AMARAL e GONÇALVES 2005).

A revisão de literatura realizada para a elaboração deste relatório, proporcionou-nos a assimilação de conhecimentos científicos, éticos, deontológicos e jurídicos que levaram à fundamentação das nossas práticas.

Ao elaborarmos o projeto, atendemos aos procedimentos formais e éticos exigidos ao desenvolvimento de um projeto no âmbito institucional, solicitamos: autorização à chefia de enfermagem, autorização do coordenador da UCA e coordenador do BOC, autorização do Conselho de Administração e o parecer da comissão de ética da instituição. Após as devidas autorizações, iniciamos a aplicação dos questionários, não sem antes explicarmos e pedirmos autorização aos utentes para a sua aplicação.

De seguida iremos enquadrar esta competência inerente ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio.

h) Aplica os conhecimentos na dimensão ética, deontológica e jurídica nos cuidados prestados em contexto perioperatório

Consideramos que a nossa responsabilidade profissional, as decisões e cuidados que prestamos em contexto perioperatório têm sempre por base os conhecimentos relacionados com a dimensão ética, deontológica e jurídica. Sustentados, ainda, pelos conceitos inseridos no REPE, nos valores, deveres e direitos enunciados e regulamentados no Código Deontológico do Enfermeiro, sem esquecer, os princípios básicos da ética, como por exemplo: o princípio da autonomia (da profissão e respeitando a autonomia do utente), da beneficência, da não maleficência e da justiça.

Durante a realização do estágio deparamo-nos com situações que nos ofereceram ótimos momentos de reflexão crítica e aprendizagem sobre o nosso posicionamento na equipa multidisciplinar relativamente à responsabilidade profissional, à ética própria do cuidar em enfermagem perioperatória, à legitimidade de como é realizado o cuidado em contexto perioperatório, do respeito em relação ao direito do utente: à informação, à privacidade, à escolha e auto determinação, aos valores, aos costumes, às crenças espirituais e às práticas.

i) Aplica o processo de enfermagem e os modelos de decisão ética na resolução de situações problemáticas de enfermagem

Segundo a AORN – American Association of Operating Room Nurses (1998, cit in AESOP, 2006, p.9), a função do enfermeiro perioperatório define-se por *“identificar as necessidades físicas, psíquicas, sociais e espirituais do doente/família, para elaborar e pôr em prática um plano individualizado de cuidados que coordene as acções de enfermagem, baseadas no conhecimento das ciências humanas e da natureza, a fim de restabelecer ou conservar a saúde e o bem-estar do indivíduo antes, durante e após a cirurgia”*

Segundo Ferreira (2010) os cuidados de enfermagem perioperatórios têm como principal objectivo a *“promoção, prevenção e segurança do doente/família durante um período concreto de vivência cirúrgica (intervenção cirúrgica ou*

qualquer tipo de técnica invasiva), assegurando a continuidade de cuidados de enfermagem” (p.51).

No local onde realizamos o estágio, é realizado o acolhimento ao utente e acompanhante, assim, este contacto prévio, possibilita-nos a planificação e intervenção personalizada. É a partir desta avaliação que se inicia o processo de enfermagem. Enquanto enfermeiros de anestesia desenvolvemos a capacidade de conhecer os problemas identificados e deter conhecimentos de forma a prevenir, vigiar e despistar sinais e sintomas que o utente possa apresentar durante o ato anestésico.

Enquanto enfermeiro instrumentista a nossa responsabilidade incidiu em *“prever, organizar, utilizar, gerir e controlar a instrumentação para que a cirurgia decorra nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa”* (AESOP, 2006, p.139).

Enquanto enfermeiro circulante, o nosso papel recaiu sobre o cuidar do utente *“de uma forma holística”, fomos responsáveis pelas “às suas necessidades de comunicação, conforto e segurança”, e também por “dar resposta às necessidades da equipa cirúrgica” competindo-nos: “organizar, gerir, controlar todo o trabalho da sala de operações para que o acto cirúrgico se realize nas melhores condições de segurança para o doente e para a equipa cirúrgica”* (AESOP, 2006, p.128).

Enquanto enfermeiro do recobro tardio prestamos cuidados de enfermagem ao utente/família, no período pós-operatório, e a nossa responsabilidade incidiu no controlo e vigilância dos cuidados pós operatórios.

Ao longo do Estágio, a aplicação do processo de enfermagem foi uma constante. Durante o acolhimento em cirurgia ambulatoria, todos os dias diagnosticamos, durante a colheita, problemas relacionados com o utente e acompanhantes. As situações problema identificadas foram resolvidas com as intervenções planeadas e implementadas. Sempre que os resultados não eram os desejados, reformulávamos as intervenções implementadas. Tivemos sempre presente os direitos do utente: à informação, à privacidade, à escolha e auto

determinação, aos valores, aos costumes, às crenças espirituais e às práticas, quando tínhamos que planear e implementar intervenções.

4) Comunica as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades, no âmbito da enfermagem perioperatória, incluindo em ambiente clínico multidisciplinar.

Comunicamos à chefia de enfermagem as conclusões a que chegamos após a realização deste relatório. Apresentamos as propostas de descrição de funções do: enfermeiro de acolhimento (Consulta de Enfermagem) (APENDICE III) e do enfermeiro do recobro (ANEXO IV) e a proposta de procedimento de integração de novos enfermeiros na unidade Cirurgia Ambulatória (APENDICE V), como este procedimento não existia e não era realizado qualquer tipo de integração planificada. O enfermeiro chefe, aceitou as três propostas. Iniciou-se um período de integração de novos enfermeiros na UCA, durante três meses, do qual resultou a integração de mais 4 elementos. Em relação às propostas de descrição de funções do enfermeiro de recobro tardio e de acolhimento, foram entregues pelo enf^o chefe à enf^a Diretora, tendo resultado a dotação de mais um enfermeiro, o enfermeiro de acolhimento.

Como coordenadora de enfermagem da UCA, já há muito tempo que tínhamos pedido autorização ao Coordenador da mesma, para modificar o inquérito das 24h, que até há data, levantava sempre alguns constrangimentos à mudança do mesmo. Após comunicarmos os resultados obtidos, pediu-nos para reestruturar o inquérito, assim poderemos continuar a avaliar a informação fornecida, este deixará de ser apenas um projeto Académico e passará também a ser um projeto institucional. Passaremos, assim a avaliar os cuidados de enfermagem.

De seguida iremos enquadrar esta competência inerente ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio.

j) Decide sobre a formulação de diagnósticos e os resultados de enfermagem a partir de critérios e de indicadores

Segundo Meleis (2005), a dimensão da prática da disciplina de enfermagem impõe e inclui um “*conhecimento básico*” e um “*conhecimento aplicado*”(p. 95); que se traduz num conhecimento com potencial para promover a qualidade dos cuidados prestados aos utentes.

Segundo esta ótica da disciplina dirigida para a prática, o desenvolvimento do conhecimento e da teoria em enfermagem, não deve ser visto apenas como a evolução do conhecimento mas também, deve ser visto como um pedestal consistente que nos leva ao conhecimento das diferentes necessidades em cuidados de enfermagem e às formas mais adequadas de cuidar dos utentes e acompanhantes. Em resumo, Meleis defende o conhecimento de enfermagem em dimensões como:

- Caracterização dos utentes e das suas necessidades em cuidados;
- As formas de aumentar o bem-estar dos utentes e os seus recursos cognitivos para lidar com as suas atividades diárias;
- As formas e os meios de capacitar os utentes e dos seus familiares para o auto cuidado, através da utilização e otimização dos recursos disponíveis e da criação/mobilização de novos recursos.

Ao desenvolvermos o nosso projeto em estágio, a nossa preocupação foi diagnosticar a satisfação da informação prestada aos utentes, de forma a conhecer a realidade e assim adequar os cuidados aos utentes e acompanhantes.

o) Utiliza na linguagem de enfermagem, a taxonomia CIPE adaptada aos atuais sistemas de informação de enfermagem

No local eleito para a realização do estágio, não é utilizada a taxonomia CIPE adaptada aos atuais sistemas de informação.

Neste momento, encontra-se em fase de parametrização, dado que as notas de alta de enfermagem em cirurgia de ambatório, a partir de 1 de Julho de 2013, segundo o despacho nº2784/2013,nº36, Série II de 2013-02-20, deverão ser realizadas segundo taxonomia CIPE, e enviadas através da plataforma de dados de saúde, por profissionais habilitados.

Neste momento os enfermeiros da UCA ainda não têm acesso ao SAPE Ambulatório. Contactamos a Enfermeira responsável pelos registos, que referiu estar prevista a sua implementação, mas era um processo moroso.

Dado que não existe parametrização CIPE para os cuidados de Enfermagem em Cirurgia Ambulatória, contactamos os responsáveis de enfermagem de algumas unidades do País (duas a Sul, duas a Centro e uma a Norte), os quais responderam que também ainda não tinha iniciado este processo. Muitos dos responsáveis de enfermagem, contactados por nós, desconheciam tal despacho. Foi sugerido por nós, junto a todos os responsáveis das unidades, a criação de um grupo de enfermeiros para parametrizar os cuidados de enfermagem em cirurgia ambulatória.

p) Descreve as redes de conceitos subjacentes ao processo de raciocínio clínico com base na CIPE/ICNP®

A Cipe (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem um programa do ICNP, foi criada para informar a prática e as políticas de cuidados de saúde, no fundo para melhorar os cuidados prestados aos utentes em todo o Mundo. Facilita na recolha e análise de dados de Enfermagem, que poderão ser utilizados no planeamento e gestão dos cuidados de Enfermagem. Podem, até suportar a tomada de decisão, melhorando a segurança e a qualidade dos cuidados para utentes e famílias. (O.E., 2008, p.7-8).

Segundo a O.E. (2008, p. 12) *“Para compor um diagnóstico de Enfermagem utilizando o modelo ISO são obrigatórios um foco e um juízo, enquanto os restantes elementos do modelo são opcionais”*.

Consideramos que a taxonomia CIPE, em cirurgia ambulatória, trará mais valias, em especial em relação à articulação e comunicação com os cuidados de saúde primários.

5) Demonstra capacidade que lhe permite uma aprendizagem ao longo da vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo.

Segundo Hesbeen (2006), a qualidade dos cuidados é observável, mensurável e pode ser aprimorada com a obtenção de novos conhecimentos e capacidades ou com a utilização de novos meios; a qualidade do cuidado, essa, reclama a presença particular, logo, sensível, de um (profissional-sujeito) que resolveu – pessoalmente – embeber de cuidado os cuidados que presta, os actos que realiza (p. 14)

A nossa vida profissional no domínio da enfermagem perioperatória, já conta com 16 anos, sendo que os últimos 5 anos, também como coordenadora de enfermagem da UCA.

Durante o nosso percurso, consideramos que as nossas competências teriam que passar pelo nosso desenvolvimento, pelo desenvolvimento da nossa consciência crítica e por uma vontade de aprender a aprender como forma de revolucionar o nosso saber fazer, ser e estar na enfermagem perioperatória. Durante o nosso caminho integramos o conceito de “Long Life Learning”. Segundo Sintoe (2006) a aprendizagem ao longo da vida significa que, “se uma pessoa tem o desejo de aprender, ela terá condições de fazê-lo, independentemente de onde e quando isso ocorre. Para tanto, é necessária a confluência de três factores: que a pessoa tenha a predisposição de aprendizagem, que existam ambientes de aprendizagens (centros, escolas, empresas, etc.) adequadamente organizados e que haja pessoas que possam auxiliar o aprendiz no processo de aprender (agentes de aprendizagem)” (p.287). Desta forma, quando houve a confluência dos três fatores descritos por Sintoe, integrarmos esta forma de aprender para conseguirmos responder aos desafios com que nos deparamos diariamente. Segundo o Ministério da Educação e Ministério do Trabalho e da Solidariedade Social (2005) o “*reconhecimento das competências adquiridas [permite], a nível colectivo, estruturar percursos de formação complementares ajustados caso-a-caso. Mas mais importante, induz o reconhecimento individual da capacidade de aprender, o que constitui o principal mote para a adopção de posturas pró-activas face à procura de novas qualificações. A consolidação e expansão dos dispositivos de reconhecimento e validação de competências é pois um recurso essencial para o desenvolvimento do país*” (p.20).

Participámos em diversas ações de formação, globalmente centradas na área da enfermagem perioperatória, não só como participantes e mas também como preletores. Consideramos, que é um dever do enfermeiro “*manter a actualização contínua dos seus conhecimentos...*”. (O.E., 2005, p.133), pelo que a aprendizagem auto-orientada ou autónoma é fundamental pois permite-nos atualizar e desenvolver conhecimentos.

De seguida iremos enquadrar esta competência inerente ao grau de mestre em enfermagem perioperatória com as competências integradas por nós, no decorrer do estágio.

n) Fundamenta as boas práticas em contexto perioperatório

Consideramos que o enfermeiro perioperatório deve possuir consciência cirúrgica, isto é, deve ter um sistema de valores que fundamentam uma prática íntegra quer esteja só ou a na presença de outros. Segundo AESOP (2011,p.3) a consciência cirúrgica, fundamentará as boas práticas, dado que esta, é suportada por “*conhecimentos teóricos, habilidades técnicas e requerendo, da parte do enfermeiro, honestidade, segurança, profissionalismo e ética profissional.*”. É esta consciência, que leva o enfermeiro perioperatório, por exemplo a notificar e corrigir quebras de assépsia.

No decorrer do estágio, procuramos a excelência dos cuidados de forma responsável e coerente, para tal desenvolvemos algumas atividades de forma a fundamentar as boas práticas e dar visibilidade aos cuidados perioperatórios:

- Participamos em atividades profissionais a nível local, nacional e internacional
- Candidatamo-nos com um poster, ao II Congresso Ibérico, que decorreu no mês de Setembro, em Santiago de Compostela, cujo tema é “Novos procedimentos em cirurgia ambulatória
- Uma prática baseada na evidência”, o qual foi aceite e discutido por nós,
- Fizemos parte da comissão organizadora desse mesmo congresso.
- – Em 2012 realizámos a candidatura para organizar o III congresso Ibérico de cirurgia ambulatória, tendo esta sido aceite. Deste modo, faremos parte da comissão organizadora e científica. Elaboramos uma proposta de

programa científico, que aguarda aprovação pela APCA. Defendemos que nestes espaços poderemos fundamentar as boas práticas e dar visibilidade aos cuidados perioperatórios,

- Atualizámos os guias de ensino,
- Elaborámos normas e procedimentos, baseados na pesquisa bibliográfica e na elaboração do projeto de estágio.
- Participamos de forma ativa em projetos de melhoria da qualidade do serviço,
- Promovemos o desenvolvimento da enfermagem perioperatória.

4 – CONCLUSÃO

O percurso percorrido desde a pós graduação em enfermagem perioperatória ao mestrado de enfermagem perioperatoria, foi um caminho de aprendizagem, que conduziu ao desenvolvimento e aperfeiçoamento de competências, ao nível do diagnóstico, planeamento, intervenção e investigação no âmbito da enfermagem perioperatória, contribuindo para uma melhoria dos cuidados prestados em contexto de trabalho.

O enquadramento teórico revelou ser um grande desafio, mas revelou-se de grande utilidade, pois só assim conseguimos fundamentar a nossa prática. Temas como satisfação e qualidade são temas complexos, esperamos ter enquadrado estes temas de uma forma adequada. O enquadramento conceptual tornou-se de difícil escolha, dado que muitas são as teorias possíveis de enquadrarmos a enfermagem perioperatória.

Escolhemos a Teoria das Transições, de Meleis, uma teoria de médio alcance, dado que presumimos ser a que melhor fundamenta a prática da enfermagem perioperatória em contexto de cirurgia ambulatória.

Creemos que os resultados esperados em relação aos objetivos propostos, foram alcançados, embora consideremos que temos dificuldades em passar para o papel o registo e a análise das competências desenvolvidas durante o estágio.

Em relação às competências de mestre em enfermagem perioperatória, julgamos que foram atingidas, embora mais uma vez, seja difícil transcrevê-las.

No que respeita ao projeto de intervenção em contexto, realizámos o diagnóstico, formulámos o problema, planeámos intervenções e implementámos e tirámos conclusões. Julgamos que este projeto de intervenção é uma mais valia para a enfermagem perioperatória porque dá visibilidade aos cuidados e à qualidade dos mesmos, prestados pelos enfermeiros.

A aceitação do projeto por parte da equipa de enfermagem foi bastante boa, dado que deu visibilidade à qualidade dos cuidados prestados e fundamentou normas de funções que levaram ao aumento da dotação dos enfermeiros.

Em relação aos outros profissionais de saúde, também foi bem aceite, porque finalmente tiveram o feedback das complicações cirúrgicas.

Foi um enorme desafio, realizar este mestrado, já que associar a vida profissional, pessoal e académica, não foi fácil.

Ao concluirmos este relatório, temos o sentimento de termos escolhido o melhor campo de estágio, que permite adquirir, fundamentar, aprofundar as competências do enfermeiro perioperatório. Trabalhar a satisfação do utente em relação à informação prestada pelo enfermeiro, no pós operatório em contexto de Cirurgia Ambulatória é avaliar uma competência que é única e exclusiva da enfermagem perioperatória.

Podemos concluir que todo este percurso efetuado nos permitiu alcançar os objetivos propostos. Foram demonstradas as competências tanto a nível de mestre em enfermagem perioperatória, como em contexto perioperatório, que levaram a um desenvolvimento autónomo de competências e conhecimentos.

Ao concluirmos este percurso formativo, consideramos que o mesmo não teve um fim, mas sim, um princípio para continuarmos a contribuir para a qualidade dos cuidados e excelência no exercício da profissão, quer na prática , quer colaborando na formação de futuros profissionais e de pares ou ainda desenvolvendo projetos que possam alargar as bases científicas que fundamentam as nossas competências, enquanto enfermeiros perioperatórios.

APENDICES

APENDICE I

ARTIGO CIENTÍFICO

A SATISFAÇÃO DO UTENTE EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO PRESTADA PELOS ENFERMEIROS NA PREPARAÇÃO PARA OS CUIDADOS APÓS A ALTA EM CONTEXTO DE CIRURGIA DE AMBULATÓRIO

Assessment information about preparation for care after discharge in the context of Ambulatory Surgery, provided by nurses.

Helena Ribeiro, Cândida Ferrito

RESUMO

Na cirurgia ambulatória, a curta estadia do utente no hospital, impõe ao enfermeiro perioperatório que, desde o pré-operatório (consulta pré-anestésica, acolhimento no dia da cirurgia, na preparação do utente para a intervenção), intra-operatório (informação ao acompanhante) e pós-operatório (preparação para a alta) estabeleça uma relação de confiança e segurança com o utente e a pessoa que o acompanha e que promova o envolvimento destes de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta, pois só assim poderá garantir o sucesso de todo este processo.

Com este estudo, pretendemos avaliar a satisfação do utente em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

A amostra do presente estudo, foi constituída por 62 utentes, numa unidade de cirurgia ambulatória no sul do País, questionados em duas fases distintas(no dia da cirurgia, e no dia seguinte aquando do inquérito das 24h).

Deste estudo concluímos que os enfermeiros da UCA(Unidade de Cirurgia Ambulatória) X, fornecem a informação adequada aos utentes questionados, dado que estes apresentam graus de satisfação bastante elevados e revelam uma percentagem mínima de complicações, e mostram saber o que fazer quando estas se manifestam.

Palavras-chave: enfermeiro perioperatório, qualidade dos cuidados, cirurgia ambulatória, informação.

ABSTRAT

In ambulatory surgery, a short stay in hospital of the user, requires the perioperative nurse who, from pre-operative (pre-anesthetic consultation, hosting the day of surgery, in preparation for the intervention of the user), intraoperative (information to companion) and postoperative (preparation for discharge) establish a relationship of trust and confidence with the wearer and the person who accompanies and encourages their involvement in order to ensure good continuity of care after discharge, because only then can ensure the success of this process. With this study, we intend to evaluate user satisfaction in relation to information provided by nurses in preparing for care after discharge in the context of Ambulatory Surgery. The sample of this study consisted of 62 users in an ambulatory surgery unit in the south of the country, questioned in two distinct phases (the day of surgery, and the next day in the investigation of 24). This study concluded that nurses UCA X, provide the appropriate information to users questioned, since they have very high levels of satisfaction and show a minimum of complications, and show what to do when they are manifest.

Keywords: perioperative nurse, quality of care, ambulatory surgery, information.

Introdução:

A cirurgia ambulatória (CA) é definida como “uma intervenção cirúrgica programada, realizada sob anestesia geral, regional ou local, que embora habitualmente efectuada em regime de internamento, pode e deve ser realizada em instalações próprias, com segurança e de acordo com as actuais legis artis, em regime de admissão e alta no período máximo de vinte e quatro horas” (Portugal, Ministério da Saúde, 2007).

Na cirurgia ambulatória, a curta estadia do utente no hospital, impõe ao enfermeiro perioperatório que, desde o pré-operatório (na consulta pré-anestésica), como no dia da cirurgia (no acolhimento, na preparação do utente), no intra-operatório (informação ao acompanhante) e pós-operatório (preparação para a alta) estabeleça uma relação de confiança e segurança com o utente e a pessoa que o acompanha e que promova o envolvimento destes de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta, pois só assim poderá garantir o sucesso de todo este processo.

Com este estudo, pretendemos avaliar a satisfação do utente em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória, no hospital x.

Ao analisarmos esta problemática questionamo-nos se a prática de enfermagem estaria a responder às necessidades dos utentes.

Ao reconhecermos a importância que a continuidade dos cuidados pós alta, e os benefícios que daí resultam para o utente e acompanhante, definimos os seguintes objetivos:

Objectivo geral:

- Avaliar a satisfação do utente em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados após a alta em contexto de Cirurgia de Ambulatório.

Objectivos específicos:

- Avaliar a utilidade da informação para os utentes;
- Avaliar se a informação é adequada à situação,
- Avaliar se a informação é perceptível para os utentes,
- Promover a continuidade dos cuidados.

A informação pós operatória em cirurgia ambulatória

A cirurgia ambulatória tem como premissas a segurança e a qualidade. As chaves do êxito da Cirurgia Ambulatória

baseiam-se no controlo de dois pontos fundamentais: por um lado, uma organização esmerada da unidade, assim como, uma equipa multidisciplinar experiente, qualificada e motivada, por outro lado, um controlo rigoroso e criterioso dos seguintes passos - selecção do utente, selecção procedimento cirúrgico e anestésico, uma abordagem em educação para a saúde adequada ao utente e à pessoa cuidadora dos cuidados pós-operatórios, dos procedimentos perante eventuais complicações, programação da alta e seguimento pós-operatório (DGS, 2000). E, porque “a cirurgia de ambulatório tende a criar menos stress nos doentes, desde que devidamente informados acerca do processo e do acompanhamento na recuperação em ambiente familiar” (Diário da República, 1.a série — N.º 202 — 17 de Outubro de 2008), a informação prestada pelo enfermeiro perioperatório representa um papel fundamental para o sucesso da CA e compreende todo o perioperatório visando o auto cuidado e o seguimento pós-operatório. Para que haja uma continuidade dos cuidados pelo utente e acompanhante *“o enfermeiro não deve limitar-se a fornecer informações sobre o diagnóstico estado do doente, é necessário ensinar o que os familiares podem e devem fazer (...) sem que o doente corra riscos e eles próprios*

sofram sobressalto.” (NOGUEIRA, 2003, p.176).

No momento da alta é de extrema importância que todas as informações prestadas pelo enfermeiro, tenham sido compreendidas de forma a não existirem dúvidas que possam por em perigo o sucesso da cirurgia.

Esta curta estadia do utente no hospital, obriga a que o enfermeiro perioperatório estabeleça uma relação de confiança e segurança com o utente e a pessoa que o acompanha. Durante este período o enfermeiro deve promover o envolvimento do utente e acompanhante, fortalecendo as suas competências e auto estima e por ultimo responsabilizá-los pelo sucesso da recuperação (MARTINS & FERNANDES, 2009, p.90), de forma a garantir uma boa continuidade dos cuidados pós-alta.

No dia em que a cirurgia está agendada o utente e o acompanhante, saem do seu contexto socio-cultural, para entrarem na Unidade de Cirurgia Ambulatória (UCA), um local desconhecido, levando-os a passar por vários processos de transição. A função do enfermeiro da UCA deverá ser de: ajudar ambos, na gestão dos processos de transição que estão a experienciar (Meleis et al, 2000). A Transição é, assim definida por Meleis e Trangenstein (1994) como *“a passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar*

para o outro (...) refere-se a ambos os processos e resultados de uma complexa interacção entre pessoa-ambiente. Pode envolver mais que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e na situação”.

Durante este processo de transição o utente e acompanhante sentem-se fragilizados, o que pode perturbar a sua saúde e bem-estar (Meleis, 1997). No decorrer desta estadia no Hospital, que se prevê curta, o utente e a pessoa que o acompanha, já há muito que estão a viver períodos de transição. Desde o período pré operatório que compreende: o agendamento cirúrgico, a preparação para a cirurgia e a consulta pré-anestésica, o desconhecido, fazem com que utente e acompanhante vivam processos de transição por antecipação, até chegar ao grande dia.

No dia da cirurgia, durante o período intra e pós operatório, utente e acompanhante passam de uma transição por antecipação para uma transição real. Assim, o enfermeiro deve ser capaz de identificar todas as necessidades do utente e acompanhante, de forma a proporcionar todas as condições para que estes alcancem novos conhecimentos e alterem comportamentos, que levem á promoção, restauração e facilitação da saúde. Existem diversas conjunturas que podem influenciar os processos de transição, as

quais podem ser facilitadoras ou inibidoras. Como facilitadoras, temos: as condições pessoais, o significado atribuído aos acontecimentos que levam à transição, as atitudes e crenças, o status socioeconómico, a preparação ou o conhecimento acerca do próprio processo de transição, as condições sociais e as da comunidade, o apoio de outros familiares ou pessoas significativas, a informação relevante colhida a partir de fontes credíveis como livros e guias orientadoras. Como inibidoras, temos: o suporte insuficiente e a informação inadequada (Meleis, 2007).

Para ajudar os utentes e os seus acompanhantes a caminhar em direcção ao sentido de domínio é necessário: aquisição de informação (Hilton, 2002), sistemas de apoio social (Glacken et al., 2002), manter ou desenvolver ligações fortes com os outros (Arman & Rehnsfeldt, 2003) e aprender formas de se adaptar à mudança através da consciência elevada do eu (Kralik et al., 2003; Hilton, 2002; Kralik, 2002; Martin - McDonald e Biernoff 2002; Fraser, 1999; Shaul, 1997).

Metodologia:

O presente estudo é descritivo, analítico, exploratório e o instrumento de colheita de dados é um questionário. O instrumento de colheita foi adaptado da

versão SUCEH₂₁, instrumento de avaliação da Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem Hospitalares (RIBEIRO,2003), após autorização e consentimento da autora. Este questionário, é um complemento ao realizado telefonicamente pelos enfermeiros, às 24h, a todos os utentes intervencionados em CA e tem como objetivo despistar as complicações. A população alvo foram todos os utentes intervencionados da UCA do Hospital X, durante o mês de Junho de 2013, como critérios de inclusão estabelecemos: todos os utentes que se disponibilizassem e dessem consentimento e que tivessem idade superior a dezoito anos.

O questionário foi aplicado em dois tempos:

- A primeira parte (folha 1) foi preenchida no dia da intervenção cirurgia, pelo enfermeiro responsável pelo ensino.
- A segunda parte (folha 2 e 3) foi preenchida pelo enfermeiro quando do inquérito telefónico das 24h.

Foram salvaguardados todos os aspectos éticos inerentes a estudos deste tipo.

Resultados:

A amostra foi constituída por 62 utentes, dos quais, **55%** eram do **sexo feminino**, e tinham a média de idades de **52,5 anos**. Relativamente ao grau de escolaridade, constatou-se que **53,33%** (16) dos utentes eram detentores do **4o. Ano**. Verificou-se ainda, no que respeita ao estado civil, a maioria (56%) eram **casados**. Em relação ao acompanhante, 44% vieram acompanhados pelo cônjuge, sendo a média de idades dos mesmos de 52,8 anos e 35% têm como habilitações literárias o 1º ciclo.

Relativamente à análise das dimensões que permitiram estudar a variável de estudo, os resultados mais relevantes foram os seguintes:

Em relação á questão levantada **“Estará o utente satisfeito com a informação prestada?”**, 87% inquiridos revelaram estar bastante satisfeitos e 13% declarou estar satisfeito, o que revela um grau de satisfação bastante elevado em relação à informação prestada.

Em relação à questão **“Será que a informação prestada foi útil?”**, de um modo geral 48% dos inquiridos revelaram que a informação fornecida pelo enfermeiro foi extremamente útil, 42% considerou-a muito útil, 10% útil, o que revela um grau de satisfação elevado em relação á utilidade da informação.

Quando foi perguntado se **“a informação escrita fornecida será útil para a continuidade dos cuidados?”**, todos os inquiridos responderam afirmativamente.

Em relação à questão **“Será que a informação fornecida é perceptível?”**, todos os inquiridos responderam que sim, o que mostra o cuidado dos enfermeiros em utilizarem linguagem adequada e disponibilidade em repetir a informação sempre que necessário.

Quando inquiridos em relação **“Será que os enfermeiros procuraram em envolver o seu acompanhante, na continuidade dos cuidados?”**, todos os utentes responderam que sim.

Em relação à questão se **“Existem complicações pós-operatórias?”**, no inquérito telefónico” das 24h, revelam que : 6% tinham o penso repassado e 6% o penso descolado, em relação à dor a grande maioria dos utentes apresentava dor leve (42%) e 10% dor moderada, ocorreu um episódio de náuseas e um episódio de náuseas e vômitos (8%) mas, nenhum dos inquiridos necessitou recorrer ao serviço de urgência ou a qualquer outro serviço.

Considerações finais:

O foco de atenção do enfermeiro perioperatório deve incidir sobre as necessidades do utente e acompanhante.

Desta forma a informação prestada pelo enfermeiro, tem que fazer sentido para que o utente e acompanhante a apreendam e utilizem.

Em síntese, pudemos concluir que os enfermeiros da UCA X, fornecem a informação adequada aos utentes questionados, dado que estes apresentam graus de satisfação bastante elevados e revelam uma percentagem mínima de complicações, e mostram saber o que fazer quando estas se manifestam.

O que nos leva a concluir que o foco de atenção destes enfermeiros perioperatório incidiu sobre as necessidades do utente e acompanhante.

Bibliografia:

DIÁRIO DA REPÚBLICA.1.a série. N.º 202. 17 de Outubro de 2008

FERNANDES & MARTINS (2009) – Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos clientes submetidos a Artroplastia da Anca. Revista referencia. Dezembro 2009. p. 90.

MELEIS, A. SAWYER, L. IM.; E. MESSIAS, D.; SCHUMACHER, K. (2000) – Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science. 23 (3), Pp.12-28.

NOGUEIRA, Maria Assunção (2003) – Para compreender as necessidades da família no cuidar. Porto. ICBASS. Tese de Mestrado.

RIBEIRO, Ana Leonor Alves (2003) - Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida. Porto. Escola Superior de Enfermagem São João. Dissertação para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem

APENDICE II
QUESTIONÁRIO

Formulário de Avaliação da satisfação do utente/cuidador informal em relação à informação prestada pelos enfermeiros na preparação para os cuidados pós a alta em contexto de Cirurgia Ambulatória.

CARACTERIZAÇÃO DEMOGRÁFICA (a preencher pelo enfermeiro de acolhimento no dia da intervenção cirúrgica)

SEXO: Masculino ☐ Feminino ☐

IDADE (anos): _____

ESTADO CIVIL: Solteiro/a ☐ Casado/a ☐ Divorciado/a ☐ Viúvo/a ☐
Outro (especifique) _____

PROFISSÃO: Estudante ☐ Desempregado/a ☐ Trabalhador por conta de outrem ☐
Reformado/a ☐ Outro (especifique) _____

GRAU DE ESCOLARIDADE: Nenhum ☐ Ensino Básico – 1º Ciclo ☐
Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo ☐ Ensino Superior ☐
Outro (especifique) _____

LOCAL DE RESIDÊNCIA: _____

CENTRO DE SAÚDE: _____

REGISTOS CLÍNICOS (a preencher pelo enfermeiro do recobro tardio no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

DATA DA CIRURGIA? _____

INTERVENÇÃO CIRURGICA A QUE FOI SUBMETIDO? _____

CIRURGIÃO: _____ **AJUDANTE:** _____

ANESTESISTA: _____ **ENFERMEIRO DE ANESTESIA:** _____

ENFERMEIRO CIRCULANTE: _____ **ENFERMEIRO INSTRUMENTISTA:** _____

ENFERMEIRO DO RECOBRO: _____ **ENFERMEIRO RESPONSÁVEL PELA INFORMAÇÃO TRANSMITIDA AO DOENTE:** _____

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE NAUSEAS E VÔMITOS? Não ☐ Sim ☐

FOI FORNECIDO PROTOCOLO DE ANALGESIA? Não ☐ Sim ☐ Se sim qual? _____

QUAL A DATA DA 1ª CONSULTA? _____

EXISTE PRESCRIÇÃO DE PENSO? Não ☐ Sim ☐ Se sim quais são? _____

INFORMAÇÃO SOBRE O ACOMPANHANTE DURANTE A ESTADIA NA UCA

(a preencher pelo enfermeiro do recobro tardio no dia da intervenção cirúrgica, antes da alta)

QUEM O ACOMPANHOU DURANTE A SUA ESTADIA NA UCA? Pai/Mãe ☐ Filho/a ☐

Marido/Esposa ☐ Amigo/a ☐ Outro (especifique) _____

QUE IDADE TEM O SEU ACOMPANHANTE (DURANTE A ESTADIA NA UCA)? _____

GRAU DE ESCOLARIDADE DO SEU ACOMPANHANTE NA UCA? Nenhum ☐
Ensino Básico – 1º Ciclo ☐ Ensino Básico – 2º e 3º Ciclo ☐ Ensino Superior ☐

Outro (especifique) _____

Assinatura legível (do enfermeiro responsável pelos registos) _____

Nº da OE _____

Nº Mecanográfico _____

Data _____

INQUÉRITO 24h (a preencher pelo enfermeiro)**COMPLICAÇÕES****OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE O QUE FAZER EM CASO DE SURGIREM COMPLICAÇÕES?**Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐

Numa escala de 1 a 5 em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil como avalia a importância desta informação? (acerca das possíveis complicações e o que fazer)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE OS CUIDADOS A TER EM RELAÇÃO AO PENSO?Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

NESTE MOMENTO O PENSO ENCONTRA-SE:Repasado Não ☐ Sim ☐Molhado Não ☐ Sim ☐Descolado Não ☐ Sim ☐**A INFORMAÇÃO DADA PELOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS A TER COM O PENSO, COMO CLASSIFICA NUMA ESCALA DE 1 A 5?** (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

TEM DORES? (Numa escala de 0 a 10 em que 0 é totalmente sem dor e 10 é a dor máxima)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES?Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

RELATIVAMENTE À INFORMAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS LHE DERAM SOBRE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO A CLASSIFICA (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

DESDE QUE SE ENCONTRA EM CASA, TEM ESTADO BEM DISPOSTO? (sem náuseas ou vômitos)Não ☐ Sim ☐**SE NÃO ESTEVE BEM DISPOSTOS APÓS A ALTA, TEVE:**Náuseas ☐ Náuseas com vômito isolado ☐ Vômito frequente ☐**EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO sobre os cuidados a ter após a alta, numa escala de 1 a 5, como a classifica?** (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)**Náuseas e vômitos** ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil**Alimentação** ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil**Cuidados de higiene** ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil**Atividade física** ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil**Modo geral** ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

INQUÉRITO 24h (a preencher pelo enfermeiro)**COMPLICAÇÕES****OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE O QUE FAZER EM CASO DE SURGIREM COMPLICAÇÕES?**Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐

Numa escala de 1 a 5 em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil como avalia a importância desta informação? (acerca das possíveis complicações e o que fazer)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE OS CUIDADOS A TER EM RELAÇÃO AO PENSO?Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

NESTE MOMENTO O PENSO ENCONTRA-SE:Repasado Não ☐ Sim ☐Molhado Não ☐ Sim ☐Descolado Não ☐ Sim ☐**A INFORMAÇÃO DADA PELOS ENFERMEIROS EM RELAÇÃO AOS CUIDADOS A TER COM O PENSO, COMO CLASSIFICA NUMA ESCALA DE 1 A 5? (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)**

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

TEM DORES? (Numa escala de 0 a 10 em 1e o 0 é totalmente sem dor e 10 é a dor máxima)

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

OS ENFERMEIROS EXPLICARAM-LE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES?Não ☐ Sim ☐ Não me lembro ☐ Tem alguma dúvida? _____

Se tem dúvidas especifique: _____

RELATIVAMENTE À INFORMAÇÃO QUE OS ENFERMEIROS LHE DERAM SOBRE COMO TOMAR A MEDICAÇÃO PARA AS DORES NUMA ESCALA DE 1 A 5, COMO A CLASSIFICA (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)

① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

DESDE QUE SE ENCONTRA EM CASA, TEM ESTADO BEM DISPOSTO? (sem náuseas ou vômitos)Não ☐ Sim ☐**SE NÃO ESTEVE BEM DISPOSTOS APÓS A ALTA, TEVE:**Náuseas ☐ Náuseas com vômito isolado ☐ Vômito frequente ☐**EM RELAÇÃO À INFORMAÇÃO sobre os cuidados a ter após a alta, numa escala de 1 a 5, como a classifica? (em que 1 significa nada útil e o 5 extremamente útil)**

Náuseas e vômitos ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Alimentação ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Cuidados de higiene ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Atividade física ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

Modo geral ① - Nada útil ② - Pouco útil ③ - Útil ④ - Muito útil ⑤ - Extremamente útil

INQUÉRITO 24h (a preencher pelo enfermeiro)

COMPLICAÇÕES

ACHOU QUE OS ENFERMEIROS:

Preocuparam-se em envolver o seu acompanhante, explicando a situação e como o poderiam ajudar?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não se lembra

Explicaram-lhe as coisas de forma compreensível, com linguagem de modo a que pudesse perceber?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não se lembra

Preocuparam-se em saber se compreendeu bem, o que lhe foi explicado e sempre que necessário repetiam a informação?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não se lembra

Deram-lhe algumas informações escritas para complementar o que lhe disseram?

☐ Sim

☐ Não

☐ Não sabe/não se lembra

ESSAS INFORMAÇÕES ESCRITAS AJUDARAM-NO A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS A TER APÓS A ALTA?

Sim ☐

Não ☐

Se não, porquê? _____

ESSAS INFORMAÇÕES ESCRITAS AJUDARAM O SEU ACOMPANHANTE A LEMBRAR-SE DOS CUIDADOS A TER APÓS A ALTA?

Sim ☐

Não ☐

Se não, porquê? _____

DEPOIS DE TER ALTA FOI NECESSÁRIO RECORRER AO SERVIÇO DE URGÊNCIA, OU A OUTRO SERVIÇO?

Não ☐

Sim ☐

Qual? _____

Se sim, porquê? _____

DE UM MODO GERAL QUAL O SEU GRAU DE SATISFAÇÃO EM RELAÇÃO ÀS INFORMAÇÕES DOS CUIDADOS A TER EM CASA DEPOIS DE OPERADO?

☐ - Bastante Satisfeito

☐ - Satisfeito

☐ - Nem Satisfeito /Nem Insatisfeito

☐ - Pouco Satisfeito

☐ - Insatisfeito

☐ - Bastante Insatisfeito

TEM ALGUMA DÚVIDA OU QUESTÃO QUE QUEIRA COLOCAR?

Sim ☐

Não ☐

Se sim, qual? _____

GOSTARIA DE VOLTAR A SER CONTACTADO POR NÓS?

Sim ☐

Não ☐

Porquê? _____

Quando? _____

Assinatura legível (do enfermeiro responsável pelos registos) _____

Nº da OE _____

Nº Mecanográfico _____

Data _____

APENDICE III

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES **(Enfermeiro de Acolhimento)**

1. Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

O acolhimento é um ocasião única, trata-se do início da relação enfermeiro-utente/família, em que a comunicação é um fator essencial. A forma como é realizado o acolhimento (ambiente calmo, disponibilidade, etc) conduzirá à desdramatização de todo este processo de transição que utente e familiares irão percorrer durante a estadia na UCA e à sua satisfação.

Assim, o enfermeiro de Acolhimento deverá adequar os cuidados de enfermagem às características e necessidades do utente/família, durante o período perioperatório.

O enfermeiro de acolhimento, no PERÍODO PRÉ-OPERATÓRIO:

1. Conhecer plano cirúrgico, se necessário, no caso de cirurgia de pernoita, confirmar junto dos serviços (Cirurgia Homens – 4 vagas e Especialidades cirúrgicas – 4 vagas) a existência de vagas.

2. Dá indicação à secretária de Unidade

3. Realiza o acolhimento do utente no gabinete de consulta, aplicando os critérios de admissão constantes no regulamento interno da CAM1.

4. Efetua a chek-list na presença do acompanhante.

5. Enceta o ensino de toda a preparação e todo o circuito do dia da operação, ao utente e acompanhante.

6. Monitoriza Parâmetros Vitais, não invasivos (Tensão Arterial, Pulso, Oximetria, Glicemia Capilar).

7. Após confirmar: a proposta cirúrgica, o processo e validar com o utente/família. (se houver duvidas esclarecer com o cirurgião), no caso de oftalmologia inicia a dilatação, segundo o protocolo; ao olho a ser intervencionado.

8. Comunica informações e/ou complicações, à equipa.

9. Após o acolhimento e avaliação do Médico Anestesiologista, dá indicação ao assistente operacional, para encaminhar o utente ao vestiário (se necessário pedir ajuda ao acompanhante).

10. Efectua a transferência do utente (na sala de recobro tardio), comunicando ao enfermeiro de anestesia:

- Ocorrências pré-operatórias relevantes;
- Proposta da intervenção cirúrgica a realizar;
- Diagnósticos de enfermagem iniciais, e principais acções de enfermagem implementadas e sua evolução.
- Ocorrências pré-operatórias relevantes;

- Proposta da intervenção cirúrgica a realizar;

11. Planeia os cuidados de enfermagem de forma a manter o fluxo do programa operatório.

12. Informa o acompanhante, sempre que este solicite ou sempre que ache pertinente.

13. O enfermeiro de Acolhimento deve ainda:

Colaborar com o Enfermeiro do recobro tardio:

- Na preparação do utente
- Na realização dos inquéritos telefónicos.

- Colaborar com os enfermeiros da sala operatória

14. Consulta programa e processos do dia seguinte, elabora diagnósticos de enfermagem de forma a planear os cuidados de enfermagem para o dia seguinte.

15. Realiza contacto telefónico pré- operatório para confirmar cirurgia e esclarecer dúvidas.

2. Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.^a Edição, Versão 01 (Abril 2010); Critério 34.10.

Associação os Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) Enfermagem perioperatória- da filosofia à praticados cuidados. 2006. Lusodidacta

UCA - Regulamento Interno. CHS-HSB, 2011

3. Habilitações Académicas e Profissionais

Curso Superior de enfermagem (licenciatura ou equivalência ao bacharelato em enfermagem)

4. Dependência Hierárquica e Funcional

Hierárquica: Enfermeira Directora

Enfermeiro chefe do BOC

Enfermeira coordenadora da UCA

Funcional : Director do BOC

Médico Coordenador da Cirurgia do Ambulatório

APENDICE IV

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES

(Enfermeiro de Recobro Tardio – pós operatório)

DESCRIÇÃO DE FUNÇÕES

(Enfermeiro de Recobro tardio – pós operatório)

0 Conteúdo Funcional do Posto de Trabalho

O enfermeiro do recobro tardio presta cuidados de enfermagem ao utente/família, no período pós-operatório.

PERÍODO PÓS-OPERATÓRIO:

1. Procede ao acolhimento do utente, recebendo toda a informação relativa à intervenção:

- Ocorrências intra-operatórias relevantes
- Procedimento cirúrgico e anestésico realizado
- Diagnósticos de enfermagem iniciais, evolução durante a estadia nesta

unidade e principais acções de enfermagem implementadas e sua evolução

- Estado do utente à saída

2. Procede à realização de acções de conforto e segurança do utente;

3. Monitoriza os parâmetros vitais na admissão, na alta e sempre que seja necessário e procede aos respectivos registos;

4. Despista sinais de complicações

5. Providencia a ingestão de líquidos e sólidos, segundo protocolo;

6. Avalia os critérios para a alta, segundo o regulamento interno da CAM1:

- A ausência/existência de dor; avaliação da escala da dor aguda,
- O estado de consciência;
- As náuseas e vómitos;
- A tolerância alimentar;
- O penso: para o despiste de sinais de hemorragia avaliar as condições

para o domicílio;

- A eliminação vesical;

7. Elabora os respectivos registos.

8. Permite que o acompanhante permaneça junto ao utente, quando achar oportuno;

9. Inicia acções de educação para a saúde de todo o plano terapêutico, esclarecendo dúvidas e participando activamente na preparação da alta, tais como:

- escuta activamente os indivíduos e identificar quais as suas convicções acerca da saúde;

- cria uma relação de ajuda;
- cria interesse e entusiasmo pelo bem-estar dos utentes;
- participa com os indivíduos no processo de tomada de decisões;
- ajuda a clarificar as escolhas à disposição dos utentes;
- desenvolve as suas próprias capacidades de comunicação e aconselhamento;
- confere autoridade quer a si próprios, quer aos utentes;
- consegue que os utentes respondam e se adaptem aos desafios e obstáculos que encontrem. LASH (1990)

10. Transmite informações orais e escritas ao utente e familiar responsável, utilizando intervenções que possam ajudar os utentes/ família a recordarem-se das informações prestadas, tais como (MARTIN et al (2010) :

- Falar pausadamente em vez de “despejar” informação;
- Não utilizar linguagem técnica, que o utente/família não perceba;
- Mesmo que o profissional de saúde ache que não está a utilizar linguagem técnica, deve certificar-se que o estão a compreender;
- Conhecer o nível de conhecimentos em saúde do utente e transmitir informações de forma adequada;
- Entender que o utente ao receber um diagnóstico pode ser estar emocional perturbado o que pode impedir a sua capacidade de se lembrar de tratamento e as informações de acompanhamento;
- Proporcionar conforto e segurança aos utentes para aliviar a ansiedade e assim aumentar a capacidade de compreender e recordar as informações fornecidas;
- Fornecer informações que sejam significativas, para que haja uma mudança nos comportamentos de saúde;
- Fazer com que o utente/família compreendam os riscos e os benefícios da adesão aos cuidados;
- Estar atento aos ideais de saúde do utente;
- Adaptar e personalizar a informação que é dada aos utentes;
- Não dar demasiada informação de cada vez;
- Colocar a informação mais importante no início ou no final, enfatizando-a;
- Estimular o utente a tomar notas;
- Sugerir ou fornecer auxiliares de memória (guias de ensino, mnemónicas, esquemas, etc.).

11. Entrega terapêutica em dose individualizada e faz ensino sobre a posologia para o domicílio;

12. Informa o utente e “cuidador” sobre os cuidados a ter no pós-operatório e entrega folhetos informativos por patologia;

13. Informa o utente e acompanhante sobre o inquérito às 24 horas;

14. Esclarece dúvidas ao utente e acompanhante;

15. Mantém o acompanhamento do utente e do familiar até à alta;

16. Providencia a preparação da unidade para o próximo utente.

O enfermeiro do recobro tardio deve ainda:

- Repor o material de consumo clínico e fármacos para o funcionamento diário;

- Comunicar ao responsável, rupturas de stocks e ocorrências relevantes.

- Colaborar com o Enfermeiro do acolhimento;

- Efectuar os inquéritos das 24 horas;

- Comunicar complicações, ao responsável do utente.

1 Referências

CHKS - Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde. Normas para a Acreditação, 3.ª Edição, Versão 01 (Abril 2010); Critério 34.10.

Associação os Enfermeiros de Sala de Operações (AESOP) Enfermagem perioperatória- da filosofia à praticados cuidados. 2006. Lusodidacta

UCA - Regulamento Interno. CHS-HSB, 2011

2 Habilitações Académicas e Profissionais

Curso Superior de enfermagem (licenciatura ou equivalência ao bacharelato em enfermagem)

3 Dependência Hierárquica e Funcional

Hierárquica: Enfermeira Directora

Enfermeiro chefe do BOC

Enfermeira coordenadora da UCA

Funcional : Director do BOC

Médico Coordenador da Cirurgia do Ambulatório

APENDICE V

Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade Cirurgia de Ambulatório I

Procedimento de Integração de Novos Enfermeiros na Unidade Cirurgia de Ambulatório I do Bloco Central do Hospital de São Bernardo

1.Objectivo

Uniformizar a integração de novos elementos, na Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Centro Hospitalar de Setúbal, Hospital de São Bernardo.

2.Campo de aplicação

Enfermeiros do Bloco Operatório Central do Hospital de São Bernardo.

3.Siglas, abreviaturas e definições

AESOP – Associação dos Enfermeiros de Sala de Operações.

BOC – Bloco Operatório Central

UCA – Unidade de Cirurgia Ambulatório

CA – Cirurgia Ambulatória

Enfº - Enfermeiro

CAM 1 – Unidade Cirurgia Ambulatória I

4.Referências

CHKS, Programa de Acreditação Internacional para Organizações de Saúde, Normas para a Acreditação (3ª Edição, Versão 01, 2010); critérios 34.18, 34.19, 34.20, 34.21, 34.22.

AESOP – Enfermagem Perioperatória – Da Filosofia à Prática de Cuidados. Loures; editora Lusodidacta, 2006

Manual Internacional de Acreditação de Hospitais do HQS (Agosto de 2003) – 41.32.

Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório, 2005

(http://www.google.pt/search?sourceid=navclient&hl=pt-PT&ie=UTF-8&rlz=1T4GPCK_pt-PTPT369&q=Ambulat%c3%b3rioRecomenda%c3%a7%c3%b5es+para+Programas+de+Cirurgia+do+Ambulat%c3%b3rio)

5. Responsabilidades

A responsabilidade deste procedimento compete:

- Ao Enfermeiro chefe do Bloco Central do Hospital de São Bernardo e à Enfermeira Coordenadora da (Unidade Cirurgia Ambulatória I), I pela sua divulgação aos restantes elementos da equipa de enfermagem do Bloco Central do Hospital de São Bernardo.

- Ao Enfermeiro Coordenador pela sua implementação, na atuação da equipa de enfermagem da Unidade.

- Aos enfermeiros (enf.ºs) do BOC pelo seu cumprimento.

- Ao Enfermeiro Chefe do BOC em conjunto com a enfermeira coordenadora da UCA compete a escolha dos enf.ºs a integrar na UCA e a escolha do Enf.º Integrador;

6. Procedimento

. 6.1 - Caracterização da Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de São Bernardo

A Unidade de Cirurgia de Ambulatório do Hospital de São Bernardo, consignada no regulamento interno do Centro Hospitalar de Setúbal, E.P.E. é uma unidade do tipo “*satélite/integrada*”, porque se serve de estruturas já existentes, partilhando espaço físico, enfermeiros e assistentes operacionais. Pelo que a integração dos enfermeiros na UCA, deve obedecer ao “*Procedimento para a integração de enfermeiros no Bloco Operatório Central*”.

6.1. Diagnóstico da situação

6.1.1. - Sala Operatória

Segundo Leal (2006), refere que na Cirurgia Ambulatória (CA) "...as competências desejáveis para os enfermeiros são as mesmas que para a cirurgia tradicional...", pelo, que todos os enfermeiros integrados no BOC, que tenham competências de enfº de anestesia, enfº circulante, enfº instrumentista na cirurgia convencional, estão habilitados a desempenhar funções na sala de Cirurgia de Ambulatório. Os Enf.ºs que se encontram em período de integração no BOC, devem estar sempre acompanhados do enfº integrador e obedecer ao plano de integração existente no BOC.

6.1.2. - Recobro Tardio

Devido à prematuridade da alta, as necessidades dos utentes são superiores, o que exige uma intervenção rigorosa e especializada dos enfermeiros. É de salientar importância do seguimento dos cuidados por parte do acompanhante, bem como de outros profissionais de saúde. O envolvimento do acompanhante, neste processo, é fundamental. A atuação do enfermeiro, centra-se essencialmente na vertente relacional e da comunicação, que vai ao encontro das necessidades do utente/família.

No momento da alta, o utente/família devem ser informados que "a convalescença e a recuperação não estão completas na alta" (Watson, et al 1997), pelo que é de extrema importância que o enfermeiro transmita todas as informações relevantes, assegurando-se de que tenham sido compreendidas pelo utente/família, de modo a que não subsistam dúvidas que coloquem em risco o sucesso do procedimento cirúrgico.

Esta curta estadia do utente no hospital, impõe ao enfermeiro o estabelecimento de uma relação de confiança e segurança durante todas as fases do percurso peri-operatório, promovendo o envolvimento dos acompanhantes de forma a garantir uma continuidade de cuidados pós-alta com qualidade, tendo em vista o sucesso de todo o processo.

Programa de integração no Recobro Tardio

A integração dos novos elementos de enfermagem deve ser efectuada por um Enf.º com experiência. Durante o período de integração o novo Enf.º deve estar supra numerário e sempre acompanhado pelo integrador.

O Enfermeiro Chefe do BOC em concordância com a Enfª Coordenadora, deverá seleccionar o orientador para o processo de integração, devendo este:

- Conhecer o regulamento da UCA;
- Conhecer a organização e funcionamento da UCA;
- Conhecer a organização dos serviços de Enfermagem;
- Conhecer as funções dos assistentes operacionais;
- Conhecer os protocolos em vigor na UCA;
- Possuir capacidade de planeamento e organização;
- Saber gerir conflitos e trabalhar em equipa;
- Mostrar disponibilidade para ensinar e esclarecer dúvidas.
- Ter capacidade de avaliação.

O enfº em integração com supervisão, após um período de 2 semanas, deverá:

- Conhecer a organização e funcionamento da UCA:
 - a) Regulamento interno da UCA;
 - b) Horário de funcionamento da UCA,
 - c) Critérios de admissão e exclusão de Utentes;
 - d) O circuito do Utente;
- Conhecer a organização dos serviços de enfermagem:
 - a) Funções de enfermagem na UCA:
 - b) O circuito do utente;
 - c) Os protocolos em vigor nas UCA;

d) As funções dos assistentes operacionais na UCA, de forma a supervisioná-los;

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

AFONSO, G. - **Qualidade: é ferramenta fundamental da nova estratégia para saúde.** Revista Qualidade em Saúde, 7, 3-8. 2003

ALDAY H. C.(2000) - **O Planejamento Estratégico dentro do Conceito de Administração estratégica.** Revista FAE, 2(3), 9-15. Disponível em http://www.fae.edu/publicacoes/pdf/revista_da_fae/fae_v3_n2/o_planejamento_estrategico.pdf. Consulta em Julho de 2013.

AMERICANO, M. (2005). – **Recomendações para Programas de Cirurgia do Ambulatório.** Disponível em http://www.hospitalsepe.min-saude.pt/Downloads_HEPE/producao_qualidade/Recomendações_para_programas.pdf. Acedido em Agosto de 2013.

ANDER-EGG, EZEQUIEL, IDÁÑEZ, MARIA JOSÉ AGUILAR - **Como elaborar um projecto - Guia para desenhar projectos sociais culturais.** CPJHTS. 1999

ANDRADE, C. - **O Modelo EFQM como ferramenta de avaliação da TQM.** Disponível em http://personales.ya.com/aeca/pub/on_line/comunicaciones_xivencuentroaeca/cd/114c.pdf. Consulta em Dezembro de 2013.

ANTUNES, M. - **A doença da saúde.** Lisboa: Quetzal Editores.

ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES – **Enfermagem Perioperatória: Da Filosofia à prática de cuidados.** Loures: Lusodidacta, 2006.

BARBOSA E. R. & BRONDANI G. - **Planejamento estratégico organizacional.** Revista **Eléctronica de Contabilidade**, 2, 108-122. Disponível em <http://w3.ufsm.br/revistacontabeis/anterior/artigos/vln02/a08vln02.pdf>. 2005. Consulta em Agosto de 2013.

BENAVENT, F.B. - **La autoevaluación según los modelos de gestión de calidad total y el aprendizaje en la organización: una investigación de carácter exploratório.** Universidade de Valencia. Facultat d'Economia, Departament de Direcció de Empreses, 2001.

CARDOSO, M. A. - **Portugal um processo em melhoria contínua.** Revista Qualidade em Saúde, 14, 28-29, 2006.

CARVALHO, A. - **Qualidade dos cuidados, da liderança... ao cuidado.** Revista Sinais Vitais, 1, 31-33 , 1994.

CIRURGIA DE AMBULATÓRIO - Disponível em http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf. Consulta em Julho de 2013.

CNADCA - **Relatório Preliminar. Cirurgia de Ambulatório: um modelo de qualidade centrado no utente.** Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/rdonlyres/5FC57911-55DB-4ADB-82C4-DCBF330D6B57/0/RelatorioFinalARS_COMPLETO_72dpi.pdf, 2008. Consulta em Julho de 2013.

COUTO, R.C. & PEDROSA, M. (2003) - **Hospital. Gestão operacional e sistemas de garantia de qualidade viabilizando a sobrevivência.** - Rio de Janeiro: Editora Médico e Científica, 2003.

CONDEÇA, A.; COSTA, B. – **Cirurgia de Ambulatório: Papel do Enfermeiro** – Revista Nursing, nº198, Abril de 2005

DIÁRIO DA REPÚBLICA. 1.a série. N.º 202 . 17 de Outubro de 2008

DIÁRIO DA REPÚBLICA, 1.a série—N.º 80—24 de abril de 2013

FERNANDES & MARTINS (2009) – Percurso das necessidades em Cuidados de Enfermagem nos clientes submetidos a Artroplastia da Anca. **Revista referencia.** Dezembro 2009. p.90.

FORTIN, Marie-Fabienne - O processo de investigação. da concepção à realização. Original publicado em Francês, 1996. Loures: Lusociência, 2009. ISBN: 978-989-8075-18-5

HESBEEN, Walter. – **Qualidade em enfermagem, pensamento e acção na perspectiva do cuidar.** Loures: Lusociência. 2001. ISBN: 972-8383-20-7

HESBEEN, Walter. - **Cuidar no Hospital: Enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar (1a ed.)**, 2000 Loures: Lusociência. 2000.

HESBEEN, Walter. - **Cuidar neste mundo.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-71-1

HESBEEN, Walter. - **Trabalho de fim de curso, trabalho de humanidade – Emergir como autor do seu próprio pensamento.** Loures: Lusociência, 2006. ISBN: 972-8930-31-3

HENRIQUES, Maria Adriana Pereira- **Adesão ao regime terapêutico em idosos -Revisão sistemática (2004-2006).** Lisboa- 8 Maio, 2006

HONORÉ, Bernard. - **Cuidar – persistir em conjunto na existência.** Loures: Lusociência, 2004. ISBN: 972-8383-58-4

LAZURE, Hélène. (1994) - **Viver a Relação de Ajuda - abordagem teórica e pratica de um critério de competência da enfermeira.** Lisboa. Lusodidacta. ISBN: 972-953399-5-2

LEAL, T. – Cirurgia de Ambulatório: Estaremos atentos ao seu impacto sobre a enfermagem? – **Revista pensar Enfermagem**, vol. Nº10. 1º semestre.2006

MARQUES, Manuel (1996). - **O jogo estratégico na gestão**. Viseu: ed.Difel.

MELEIS, A. SAWYER, L. IM.; E. MESSIAS, D.; SCHUMACHER, K.(2000) – **Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory. Advances in Nursing Science**. 23 (3), pp.12-28.

MELEIS, A. (2010) – **Transitions Theory Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Research and Practice**. Springer Publishing Company, LLC. New York. ISBN: 978-0-8261-0535-6.

MELEIS, A. (2012) – **Theoretical Nursing: Development & Progress**. 5a Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.

MEZOMO, J.C. (2001). Gestão da qualidade na saúde: princípios básicos. Brasil: Manole Ida.

MOURA, G. & MARRI, A. - **A norma ISO 9000:2000 e o marketing de relacionamento**.15/07/2013 Data de consulta 20/07/2013. Disponível em <http://www.ubq.org.br/index.php/publicacoes/a-normas-iso-90002000-e-o-marketing-de-relacionamento/>.

NOGUEIRA, Maria assunção (2003) – **Para compreender as necessidades da família no cuidar**. Porto. ICBASS. Tese de Mestrado.

NOVAES, H. (1992). - **Garantia de qualidade em hospitais da América latina e Caribe**. Opas.

NOVAES, H., NEUHAUSER, D. (2000)- Hospital accreditation in Latin America. **Rev Panam Salud Publica**. Washington.vol.7 n.6 (Junho 2000). Data de consulta 20/07/2013.

Disponível em http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892000000600019

NUNES, R. (2005) - **Regulação da Saúde**. Porto. Vida Económica.ISBN:9789727881413

PEREIRA, C., G. (2000). - A qualidade em serviços de saúde. **Revista Enfermagem Oncológica**, 4 (16), p. 3-40.

PEREIRA, Victor Hugo Roque (2010) – **Materiais de apoio à unidade temática Economia e Políticas de Saúde do CPLEE Médico-Cirúrgica**. Instituto Politécnico de Setúbal - Escola Superior de Saúde. 2010.

PEREIRA, L., F. (2003). - **Qualidade: ferramenta fundamental da nova estratégia para a saúde**. Qualidade em saúde. nº7, p.3-8.

PESSOA, M., G., Q. (2005). - A qualidade enquanto factor de mudança nas organizações de saúde. **Revista Portuguesa de Enfermagem**. nº4, p.49-52.

PINTO, A. (2001). - Sistemas de garantia da qualidade provavelmente um novo paradigma na gestão de cuidados de saúde. Informar: **Revista de Formação Contínua em Enfermagem**, 6 (24), 42-46.

PISCO, L. & BISCAIA, J. (2001). - Qualidade de cuidados de saúde primários. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**. Lisboa. Vol.2, p.43-51.

PORTUGAL, Direcção Geral da Saúde (2000). Data de consulta 20/06/2013. Disponível em <https://www.dgs.pt/diretor-geral-direcao-e-servicos/departamento-da-qualidade-na-saude.aspx>

Cirurgia de Ambulatório. Disponível em http://www.saudinha.com/parcerias/publicacoes/referenciacao_hospitalar/cirurgia_ambulatorio.pdf. Consulta em Dezembro de 2010.

Portugal, Ministério da Saúde (2007). **Portaria nº 110-A/2007**, DR 16 SÉRIE I – A de 2007-01-23.

QUIVY, Raymond; CAMPENHOUDT, Luc Van(1998) - **Manual de investigação em ciências sociais**. Original publicado em Francês, 1995. Lisboa: Gradiva, 1998.

RODRIGUES, Luís A. Carvalho et al (2002)– **Conhecer os Recursos Humanos do Serviço Nacional de Saúde** – Edições Colibri, APIFARMA, Lisboa, Março, 2002, Capítulo 7, pág. 263-363, ISBN 972-772-314-4

RIBEIRO, Ana Leonor Alves (2003) - **Satisfação dos Utentes com os Cuidados de Enfermagem: Construção e validação de um instrumento de medida**. Porto. Escola Superior de Enfermagem São João. Dissertação para concurso de Provas Públicas para professor-coordenador na área Científica de Ciências de Enfermagem.

RUIVO, Alice; FERRITO, Candida, et al. - **Metodologia de projecto: Colectânia descritiva das etapas**. Revista Percursos. no 15. Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal. Janeiro – março, 2010. ISSN: 1646-5067

SALE, Diana (1998) - **Garantia da Qualidade nos cuidados de saúde**.1ª Edição. Lisboa. pg 53.ISBN: 972-97457-6-5

SERAPION, M. (2009). - **Avaliação da qualidade em saúde. Reflexões Teórico-Metodológicas para uma abordagem multidimensional**. Disponível em http://www.ces.uc.pt/myces/UserFiles/livros/362_RCCS_85_Mauro_Serapioni.pdf Acedido em Setembro 2013.

SOUSA, P. (2006). - **Patient safety: A necessidade de uma Estratégia Nacional**. Disponível em <http://www.actamedicaportuguesa.com/pdf/2006-19/4/309-318.pdf>. Consulta em Junho de 2013.

WATSON, D. et al (1997) – **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirurgico**. 10ª ed. Rio de Janeiro. Guanabara Kooga.

TEIXEIRA, S. (1998). **Gestão das Organizações**. McGraw Hill, Portugal.

UCA (2011).- **Regulamento Interno**. CHS-HSB.

VIJANDERA, S. & GONZÁLEZ, A. (2007) - **Gestión de la calidad total de acuerdos com el modelo efqm: evidencias sobre sus efectivos en el rendimiento empresarial**. Universia Business Review: Actualidad Económica. Primier trimestre, 76-89.

